

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	10
Предисловие (Е.В. Крюков)	16
Предисловие к первому изданию	17
Список сокращений и условных обозначений	18

Глава 1. Общие принципы организации и оказания терапевтической помощи (Д.В. Тришкин, А.А. Серговец, Е.В. Крюков, А.Я. Фисун, М.Б. Паценко, С.В. Гайдук, Ю.С. Чеховских, Р.Г. Макиев, Е.В. Ивченко, С.П. Таранов, А.А. Жуков)	21
---	----

1.1. Актуальность терапевтической патологии в условиях современных военных конфликтов	21
1.2. Санитарные потери терапевтического профиля	24
1.3. Задачи, основные принципы организации, эшелонирование и виды терапевтической помощи	25
1.4. Медицинская сортировка пораженных (больных, раненых) на этапах медицинской эвакуации	31
1.5. Содержание медицинской помощи пораженным и больным терапевтического профиля на этапах медицинской эвакуации	35
1.6. Медицинская эвакуация	40
1.7. Особенности организации медицинской помощи инфекционным больным	44
1.8. Информационно-статистическое сопровождение терапевтической помощи	45
1.9. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих с поражениями и заболеваниями терапевтического профиля	47

Глава 2. Острые радиационные поражения (Е.В. Крюков, Ю.С. Чеховских, В.А. Першко, И.С. Драчев, В.А. Башарин, В.В. Зацепин, А.Б. Селезнёв, М.А. Карамуллин)	50
---	----

2.1. Этиология и патогенез	50
2.2. Классификация острых радиационных поражений	52
2.3. Общие закономерности и особенности острых радиационных поражений	54
2.4. Острая лучевая болезнь	55
2.4.1. Классификация	56
2.4.2. Клиническая картина и диагностика	57
2.5. Острые радиационные поражения от поступления радионуклидов внутрь организма	68
2.6. Местные радиационные поражения кожи и слизистых оболочек	70
2.7. Комбинированные радиационные поражения	73
2.8. Общие принципы диагностики острых радиационных поражений и медицинской сортировки пораженных на этапах медицинской эвакуации	75
2.9. Лечение острых радиационных поражений на этапах медицинской эвакуации	81

Глава 3. Поражения синтетическими отравляющими веществами смертельного действия и токсинами (Е.В. Крюков, В.Г. Кузьмич, С.В. Чепур, В.А. Башарин, П.Г. Толкач, М.А. Юдин, Ю.Е. Рубцов)	91
3.1. Поражение антихолинэстеразными отравляющими веществами	91
3.2. Поражение отравляющими веществами кожно-нарывного действия	101
3.3. Отравление цианидами	106
3.4. Поражение отравляющими веществами удушающего действия	110
3.5. Поражение токсинами	114
3.5.1. Поражение ботулотоксином	114
3.5.2. Поражение рицином	118
Глава 4. Поражение оружием нелетального действия (Е.В. Крюков, В.Г. Кузьмич, С.В. Чепур, Н.Г. Венгерович, М.А. Юдин, О.В. Ветряков)	121
4.1. Основные определения и положения	121
4.2. Поражения веществами раздражающего действия	124
4.2.1. Поражения лакриматорами	126
4.2.2. Поражения стернитами	129
4.3. Поражения аллогенами	130
4.4. Отравления эметиками	132
4.5. Поражения дурнопахнущими веществами	133
4.6. Отравления психостимуляторами	134
4.7. Отравления каннабиноидами	139
4.8. Поражения веществом 3-хинуклидинил-бензилат и центральными холинолитиками	142
4.9. Поражения диэтиламидом d-лизергиновой кислоты и его производными	145
4.10. Отравления веществами снотворно-седативного действия	147
4.10.1. Отравления бензодиазепинами и барбитуратами	147
4.10.2. Отравления агонистами α_2 -адренорецепторов	150
4.11. Отравления опиатами	151
4.12. Поражения при применении средств физического нелетального воздействия	157
4.12.1. Поражения акустическими колебаниями	157
4.12.2. Поражение образцами оружия нелетального действия, генерирующего сверхвысокочастотное излучение	162
4.13. Медицинское освидетельствование пораженных химическими веществами и физическими факторами волновой природы оружия нелетального действия	167
Глава 5. Острые химические отравления (Е.В. Крюков, В.Г. Кузьмич, П.Г. Толкач, В.А. Башарин, С.В. Гайдук, М.В. Захаров)	169
5.1. Отравление спиртами	173
5.1.1. Отравление алкоголем (этанолом)	173
5.1.2. Отравление метанолом	178
5.1.3. Отравление этиленгликолем	181
5.2. Отравление галогенпроизводными углеводородами	184
5.3. Отравление углеводородами	190
5.4. Отравление продуктами горения, взрывными и пороховыми газами	194
5.4.1. Отравление монооксидом углерода	195
5.4.2. Отравление взрывными и пороховыми газами	202

5.5. Отравление компонентами ракетных топлив	203
5.5.1. Отравление гидразином	203
5.5.2. Окислители типа амила и азотной кислоты	207
5.6. Отравления ядами животных	211
5.6.1. Ужаления ядовитыми перепончатокрылыми насекомыми	212
5.6.2. Отравление токсинами яда скорпиона	213
5.6.3. Отравление токсинами яда пауков	215
5.6.4. Отравление токсинами яда змей	217
Глава 6. Висцеральная патология военного времени	223
6.1. Болезни сердечно-сосудистой системы (<i>Е.В. Крюков, М.Б. Паценко, В.В. Тыренко, Б.А. Чумак, Р.Г. Макиев, В.В. Яковлев, А.В. Сотников, Д.Ю. Сердюков, П.В. Агафонов, А.В. Барсуков, И.И. Жирков</i>)	223
6.1.1. Инфекционный эндокардит	223
6.1.2. Миокардиты, дистрофии миокарда, кардиосклероз	230
6.1.3. Нейроциркуляторная астения	234
6.1.4. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии	236
6.1.5. Ишемическая болезнь сердца	244
6.1.6. Аритмии сердца	249
6.1.7. Недостаточность кровообращения	254
6.2. Болезни органов дыхания (<i>Е.В. Крюков, С.В. Гайдук, А.А. Зайцев, М.А. Харитонов, Ю.Б. Говердовский, А.В. Николаев, А.Б. Богомолов, Ю.В. Рудаков</i>)	260
6.2.1. Острый бронхит	260
6.2.2. Пневмонии	268
6.2.3. Хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких	282
6.2.4. Бронхиальная астма	289
6.3. Болезни органов пищеварения (<i>В.Б. Гриневич, Ю.А. Кравчук, Д.В. Егоров</i>)	296
6.3.1. Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь	296
6.3.2. Функциональные диспепсии (функциональное расстройство желудка)	298
6.3.3. Хронический гастрит, гастродуоденит	299
6.3.4. Язвенная болезнь	301
6.3.5. Желчнокаменная болезнь	306
6.3.6. Панкреатит хронический	307
6.3.7. Синдром раздраженного кишечника	309
6.4. Болезни почек (<i>А.Н. Бельских, М.В. Захаров, М.О. Пятченков</i>)	311
6.4.1. Гломерулонефриты	311
6.4.2. Тубулоинтерстициальные болезни почек	317
6.5. Болезни крови и кроветворных органов (<i>Е.В. Крюков, А.С. Поляков, А.М. Живописцева, И.С. Свинцицкая</i>)	323
6.5.1. Анемии, связанные с дефицитом нутриентов	323
6.5.2. Лейкозы	328
6.5.3. Лимфомы	331
6.5.4. Геморрагические диатезы	334
6.6. Болезни обмена веществ (<i>В.В. Салухов, Ю.Ш. Халимов, Е.А. Ковалевская, Б.В. Ромашевский, И.С. Свинцицкая, С.Б. Шустов</i>)	340
6.6.1. Сахарный диабет	340
6.6.2. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса)	360

6.6.3. Коллоидный узловой зоб	364
6.6.4. Ожирение и алиментарная дистрофия	367
6.6.5. Болезни витаминной недостаточности	380
6.7. Заболевания соединительной ткани (М.М. Топорков, И.С. Свищицкая)	385
6.7.1. Реактивный артрит	385
6.7.2. Острая ревматическая лихорадка	390
6.8. Заболевания и состояния, возникающие в результате действия неблагоприятных природных факторов (С.В. Гайдук, О.В. Ветряков, П.В. Агафонов, Е.Б. Киреева)	395
6.8.1. Холодовые поражения	395
6.8.2. Тепловые поражения	401
6.8.3. Горная болезнь	405
Глава 7. Висцеральная патология у раненых	410
7.1. Терапевтические аспекты травматической болезни (Е.В. Крюков, С.В. Гайдук, А.А. Зайцев, Д.В. Овчинников, Ю.Б. Говердовский, О.В. Ветряков)	410
7.2. Терапевтические аспекты ожоговой болезни (С.В. Гайдук, Д.В. Овчинников, И.В. Чмырёв, М.В. Захаров, Я.Л. Бутрин)	417
7.3. Патология сердечно-сосудистой системы у раненых (Е.В. Крюков, В.В. Тыренко, С.В. Гайдук, Р.Г. Макиев, Н.И. Гуляев, А.А. Прохорчик)	432
7.4. Патология органов дыхания у раненых (Е.В. Крюков, С.В. Гайдук, А.А. Зайцев, Ю.Б. Говердовский, П.В. Агафонов, Ю.Е. Рубцов)	448
7.5. Патология системы пищеварения у раненых (В.Б. Гриневич, Ю.А. Кравчук, Д.В. Егоров)	453
7.6. Патология почек у раненых (С.В. Гайдук, А.Н. Бельских, М.В. Захаров, М.О. Пятченков)	456
7.6.1. Острое повреждение почек	456
7.6.2. Рабдомиолиз и острая миоглобин-индуцированная нефропатия	462
7.7. Патология системы крови у раненых (В.В. Тыренко, А.С. Поляков, А.М. Живописцева)	466
7.7.1. Кровопотеря и острая постгеморрагическая анемия	466
7.7.2. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови	474
Глава 8. Инфекционные болезни и биологическая безопасность (К.В. Жданов, О.В. Мальцев, К.В. Козлов, С.Н. Сидорчук)	479
8.1. Концепция биобезопасности: общие сведения о биологической войне, биотерроризме и биологических агентах биологического оружия	479
8.2. Инфекционные болезни, потенциально связанные с биологическим оружием	485
8.2.1. Оспа натуральная	485
8.2.2. Вирусные геморрагические лихорадки	486
8.2.3. Коронавирусные заболевания	493
8.2.4. Лихорадка Ку	495
8.2.5. Чума	497
8.2.6. Сибирская язва	499
8.2.7. Туляремия	501
8.2.8. Бруцеллез	503
8.2.9. Сап	504
8.2.10. Мелиоидоз (ложный сап)	506

8.2.11. Легионеллез	507
8.2.12. Ботулизм	509
8.3. Ключевые инфекционные болезни, способные к эпидемическому распространению	511
8.3.1. Брюшной тиф	511
8.3.2. Шигеллезы	513
8.3.3. Холера	514
8.3.4. Менингококковая инфекция	517
8.3.5. Вирусный гепатит А	520
8.3.6. Грипп	523
8.4. Укусы членистоногих	525
Глава 9. Туберкулез (<i>В.В. Данцев, Б.В. Зарецкий</i>)	528
9.1. Эпидемиология, скрининг и профилактика туберкулеза в военное время	528
9.2. Особенности клинического течения и диагностики туберкулеза в военное время	533
9.3. Организация лечения туберкулеза в военное время, неотложная помощь при осложнениях туберкулеза на этапах эвакуации	538
Глава 10. Заболевания и травмы нервной системы (<i>И.В. Литвиненко, В.Ю. Лобзин, Н.В. Цыган, С.Н. Базилевич, С.Ю. Голохвастов, К.М. Наумов</i>)	542
10.1. Черепно-мозговая и позвоночно-спинномозговая травма	542
10.1.1. Черепно-мозговая травма	542
10.1.2. Позвоночно-спинномозговая травма	545
10.2. Заболевания периферической нервной системы	548
10.2.1. Синдром Гийена–Барре (острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия)	548
10.2.2. Другие заболевания периферической нервной системы	550
10.3. Травмы периферической нервной системы	552
10.4. Острое нарушение мозгового кровообращения	555
10.5. Эпилепсия и другие пароксизмальные расстройства сознания	561
10.5.1. Эпилептический приступ, эпилепсия, эпилептический статус	561
10.5.2. Другие (неэпилептические) пароксизмальные расстройства сознания	565
Глава 11. Психические расстройства (<i>В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.В. Лобачев</i>)	569
11.1. Расстройства психотического уровня	571
11.2. Расстройства пограничного («невротического») уровня	578
11.3. Расстройства донозологического (психологического) уровня	582
11.4. Особенности психических расстройств при боевой хирургической травме	583
Глава 12. Заболевания и поражения кожи (<i>А.В. Самцов, А.В. Патрушев</i>)	587
12.1. Гнойничковые болезни	587
12.2. Грибковые болезни	592
12.3. Паразитарные дерматозы	594
12.4. Контактные дерматиты	597
12.5. Экзема	599

12.6. Токсикодермии	601
12.7. Крапивница и ангиоотек	602
12.8. Поражения кожи при близкой дистанции взрыва	604
Глава 13. Профессиональные заболевания специалистов военно-морского флота (Е.В. Крюков, Д.В. Черкашин, А.В. Чумаков, К.С. Шуленин, А.Е. Аланичев, Д.П. Зверев, А.А. Мясников, Е.Б. Киреева)	606
13.1. Декомпрессионная (кессонная) болезнь	606
13.2. Синдром изобарической встречной диффузии индифферентных газов	611
13.3. Баротравма легких	612
13.4. Обжим	615
13.5. Барогипертензионный синдром	617
13.6. Кислородное голодание	619
13.7. Отравление кислородом	621
13.8. Токсическое действие азота	623
13.9. Отравление щелочами при эксплуатации регенеративного снаряжения	625
13.10. Утопление	627
13.11. Морская болезнь	629
13.12. Дисбарический остеонекрроз	631
Глава 14. Профессиональные заболевания специалистов воздушно-космических сил (А.А. Благинин)	635
14.1. Заболевания, обусловленные влиянием атмосферы во время полета	635
14.1.1. Барокавепатии	635
14.1.2. Высотная декомпрессионная болезнь	639
14.1.3. Высотная парогозовая эмфизема	644
14.1.4. Гипоксическая гипоксия	645
14.2. Заболевания, обусловленные динамикой полета	648
14.2.1. Вибрационно-шумовая болезнь	648
14.2.2. Воздушная болезнь (кинетоз, болезнь укачивания)	653
14.3. Заболевания, обусловленные особенностями жизнедеятельности в условиях кабины и внешними факторами	656
14.3.1. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника	656
14.3.2. Болезни, вызываемые воздействием электромагнитных полей радиочастот	657
Глава 15. Особенности оказания медицинской помощи военнослужащим женского пола при воспалительных заболеваниях половых органов (И.С. Захаров)	662
15.1. Воспалительные заболевания нижнего отдела женских половых органов	662
15.2. Воспалительные заболевания органов малого таза	669
Глава 16. Медицинская реабилитация пораженных с боевой терапевтической патологией (Д.В. Ковлен, В.Н. Ищук, Е.Ф. Кондрина)	677
16.1. Организация медицинской реабилитации пораженных с боевой терапевтической патологией	677
16.1.1. Общая характеристика и принципы проведения медицинской реабилитации	677

16.1.2. Этапы медицинской реабилитации	679
16.1.3. Маршрутизация пораженных	679
16.2. Медицинская реабилитация пораженных с боевой терапевтической патологией	680
16.2.1. Ранняя реабилитация пораженных с боевой терапевтической патологией	680
16.2.2. Медицинская реабилитация при травматической болезни	682
16.2.3. Медицинская реабилитация при ожогах и ожоговой болезни	685
16.2.4. Медицинская реабилитация при поражении отравляющими веществами	688
16.2.5. Медицинская реабилитация при радиационных поражениях	692
16.2.6. Внестационарные реабилитационные технологии у пораженных с боевой терапевтической патологией	695
16.3. Медико-психологическая реабилитация	697
Приложения	701
Приложение 1. Глоссарий	701
Приложение 2. Вопросник и тесты, используемые для диагностики хронической обструктивной болезни легких	724
Приложение 3. Астматический статус	726
Приложение 4. Инструкция по предупреждению развития острой миоглобин-индуцированной нефропатии при рабдомиолизе	728
Приложение 5. Шкала реабилитационной маршрутизации	730
Приложение 6. Перечень категорий военнослужащих, подлежащих при наличии показаний медико-психологической реабилитации	733

Глава 1

Общие принципы организации и оказания терапевтической помощи

1.1. АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Второе десятилетие XXI в. окончательно оформило безвозвратное движение глобальной геополитической ситуации в сторону многополярного мироустройства. Как и на протяжении всей истории человечества, подобные изменения сопровождаются чередой военных конфликтов во всех значимых для новых центров силы регионах. Благодаря сдерживающему фактору в виде стратегических ядерных сил прямого военного столкновения между ведущими мировыми державами до сих пор удается избежать. Однако их противостояние отчетливо обозначено в виде так называемых гибридных войн, принявших поистине планетарный масштаб.

По мнению начальника Генерального штаба Вооруженных сил Российской Федерации (ВС РФ) генерала армии Валерия Герасимова, именно комплексное применение невоенных мер, реализуемых с опорой на военную силу, составляет суть так называемых гибридных военных действий и характеризует военные конфликты XXI в.

Таким образом, кроме политических, экономических, информационно-психологических и кибернетических средств и способов, ведение войн «нового типа» подразумевает широкое использование традиционных инструментов нанесения ущерба противнику: диверсии, саботаж, террористические акты, разжигание вооруженных конфликтов (ВК) на его территории, втягивание его в прокси-войны в критически важных для него регионах мира, в том числе с сопредельными государствами.

В соответствии с основополагающими документами, определяющими военную политику Российской Федерации (Военная доктрина, 2014 г.), а также Союзного государства России и Белоруссии (Военная доктрина, 2021 г.), к основным особенностям современных ВК относятся:

- внезапное начало, различная продолжительность (от нескольких суток до нескольких лет) и интенсивность боевых действий, их цикличность;

- поражение войск (сил), объектов тыла, экономики, коммуникаций противника на всю глубину его территории одновременно в глобальном информационном и воздушно-космическом пространствах, на суше и море;
- применение новейших высокоэффективных систем вооружения, военной и специальной техники, в том числе оружия, основанного на новых физических принципах;
- создание межвидовых и межведомственных группировок войск (сил) для участия в военном конфликте, требующее тщательной координации совместных действий и усложняющее управление;
- возможность поражения (разрушения) предприятий энергетики (прежде всего атомной), химических и других опасных производств, коммуникаций, объектов инфраструктуры и жизнеобеспечения;
- значительная вовлеченность мирного населения (в том числе в виде добровольческих военизированных формирований) и его особая чувствительность к людским потерям, усложняющие морально-психологическую обстановку, в которой действуют войска;
- дезорганизация систем государственного и военного управления, в том числе системы оказания медицинской помощи населению, как на территории ведения военных действий, так и в освобожденных районах;
- массовый исход вынужденных переселенцев (беженцев) из зоны военного конфликта в соседние регионы;
- ухудшение санитарно-эпидемического состояния в зоне военного конфликта и в местах массового скопления вынужденных переселенцев (беженцев);
- участие войск в гуманитарных акциях (операциях), подразумевающих в том числе оказание медицинской помощи пострадавшему мирному населению;
- участие в военных действиях иррегулярных вооруженных формирований и частных военных компаний, незаконных вооруженных формирований;
- возможность расширения масштаба боевых действий, высокая вероятность вовлечения в военный конфликт новых государств, расширение спектра применяемых средств, включая оружие массового поражения (ядерное, химическое, биологическое).

Представленные особенности позволяют говорить о возможных сценариях ВК, при которых, в зависимости от его интенсивности и продолжительности, спектра применяемых современных вооружений (в том числе оружие массового поражения и оружие, основанное на новых физических принципах), физико-географических характеристик и санитарно-эпидемиологического благополучия театра военных действий, а также степени воздействия неблагоприятных факторов военного труда, доля терапевтической патологии в структуре санитарных потерь в отдельные периоды может достигать 95%. Это особенно справедливо в условиях снижения активности боевых действий, когда на первый план будет выходить заболеваемость личного состава.

В ходе ВК не только медицинская служба ВС РФ, но и медицинские организации государственной (муниципальной) системы здравоохранения должны быть готовы к возникновению значительных санитарных потерь терапевтического профиля в зоне военных действий и в тылу (рис. 1.1). При этом, учитывая мировой опыт войн и ВК в XX в., следует помнить, что санитарные потери среди гражданских лиц могут многократно превышать потери в войсках.

Массовые санитарные потери среди мирного населения и военнослужащих могут возникнуть не только в случаях применения противником оружия массового поражения. Даже при ведении боевых действий только конвенционными видами вооружений высокая вероятность разрушения аварийно опасных объектов гражданской и военной инфраструктуры с формированием очагов экстремального воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы. Следует

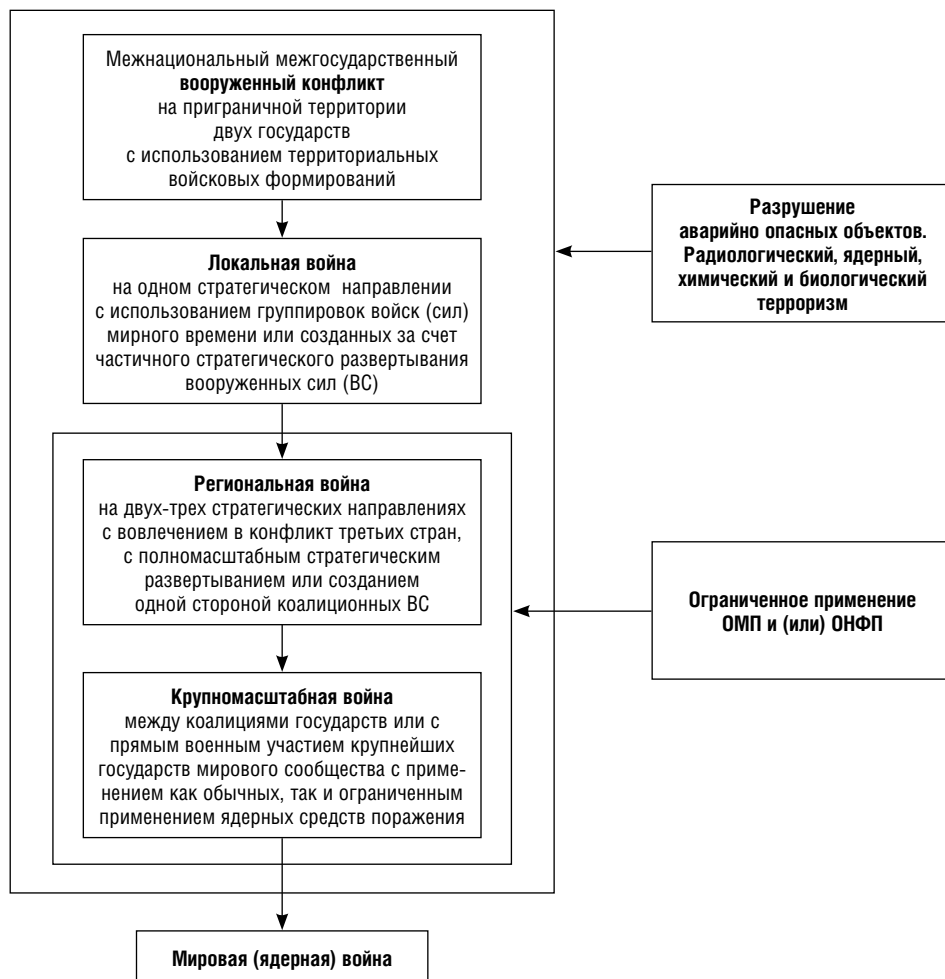


Рис. 1.1. Принципиальная схема эскалации военного конфликта и угрозы возникновения массовых санитарных потерь терапевтического профиля. ОМП — оружие массового поражения; ОНФП — оружие, основанное на новых физических принципах

также учитывать опасность осуществления противником диверсий и терактов на объектах атомной энергетики, химических предприятиях, в промышленных и транспортных зонах со скоплением емкостей, содержащих аварийно химически опасные вещества (АХОВ) и т.п. Кроме того, Военная доктрина РФ среди основных внешних опасностей для государства прямо указывает на угрозу проведения терактов с применением радиоактивных и токсичных химических веществ.

Таким образом, в настоящее время поражения и заболевания терапевтического профиля не только сохраняют свою значимость, но и будут играть существенную роль в формировании структуры санитарных потерь при реализации ряда неблагоприятных сценариев военных действий. В связи с этим особенно возрастает важность профессиональной подготовки медицинских специалистов силовых министерств и ведомств, а также государственной (муниципальной) системы здравоохранения по вопросам организации медицинской помощи, диагностики и лечения терапевтической патологии, наиболее актуальной для современных ВК.

1.2. САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Под **санитарными потерями** терапевтического профиля следует понимать пораженных и больных, утративших боеспособность (трудоспособность) не менее чем на 1 сут, поступивших и зарегистрированных в военно-медицинских подразделениях, частях и организациях (на этапах медицинской эвакуации) или медицинских организациях государственной (муниципальной) системы здравоохранения, в которых им оказывалась врачебная помощь.

К **боевым** санитарным потерям (**боевой терапевтической патологии**) относят поражения, которые являются результатом воздействия на военнослужащих поражающих факторов оружия и/или неблагоприятных условий окружающей среды при непосредственном выполнении ими боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны.

Небоевые санитарные потери — не связанные с действиями противника или выполнением боевой задачи. Они включают потери больными и получившими боевую травму (отравления).

К боевой терапевтической патологии относятся:

- изолированные формы радиационных поражений вследствие внешнего или внутреннего облучения;
- сочетанные радиационные поражения;
- комбинированные поражения с преобладанием воздействия радиационного фактора;
- поражения боевыми отравляющими веществами (БОВ);
- поражения АХОВ, связанные с ведением боевых действий;
- поражения взрывными и пороховыми газами, а также продуктами горения в очагах задымления, возникающих при воздействии боевых средств (прежде всего при использовании зажигательных смесей и в результате ядерных взрывов);
- комбинированные поражения с преобладанием воздействия химического фактора;
- поражения биологическим оружием (токсины, вирусы, бактериальные рецептуры и т.п.);
- комбинированные поражения с преобладанием воздействия биологического фактора;
- закрытые травмы головного мозга и периферической нервной системы (контузии), не требующие хирургического лечения;
- закрытые травмы (ушибы) внутренних органов, не требующие хирургического лечения;
- психогении военного времени (острые реактивные состояния);
- общее перегревание или переохлаждение, а также другие нехирургические травмы и отравления, полученные при непосредственном выполнении боевой задачи и возникновение которых невозможно было предотвратить из-за складывающейся обстановки в ходе боевых действий.

В настоящее время возможно появление и малоизвестных форм боевой терапевтической патологии в результате применения противником новых средств поражения (акустическое, микроволновое, лазерное, пучковое и другие виды оружия, основанного на новых физических принципах).

К особенностям современной боевой терапевтической патологии относятся:

- одномоментность возникновения большого количества санитарных потерь терапевтического профиля в действующей армии и в тылу страны;
- опасность для окружающих некоторых форм поражений;
- комбинированный характер поражений [лучевая болезнь, поражения отравляющими веществами (ОВ), токсинами в сочетании с боевой хирургической травмой];

- большое число пораженных и больных, нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии;
- частое возникновение ранних и поздних осложнений, угрожающих жизни, высокий риск инвалидизации;
- длительность госпитального лечения значительного числа пораженных;
- недостаточные изученность патогенеза, клинической картины и разработанность методов диагностики и лечения некоторых видов боевой терапевтической патологии в связи с ее редкостью или отсутствием в мирное время.

К заболеваниям терапевтического профиля, развившимся (обострившимся) у военнослужащих в условиях боевой или повседневной деятельности войск, следует относить всю «нехирургическую» висцеральную патологию и расстройства высшей нервной деятельности, если они не были вызваны воздействием поражающих факторов оружия либо экстремальных факторов окружающей среды физической, химической, биологической или иной природы.

Анализ опыта современных ВК показывает, что структура терапевтической заболеваемости личного состава войск (сил) в основном представлена болезнями общетерапевтического профиля, прежде всего заболеваниями органов дыхания, инфекционными болезнями, а также болезнями кожи и подкожной клетчатки. Несмотря на то что в основном преобладает патология нетяжелого течения, около 60–70% заболевших нуждаются в стационарном лечении.

Возрастание удельного веса больных среди санитарных потерь может быть связано с резким ухудшением санитарно-гигиенических и эпидемических условий в районах военных действий, с их физико-географическими особенностями (особенности климата, рельефа местности), а также наличием природных очагов опасных зоонозов.

Кроме того, увеличение числа заболевших среди военнослужащих может быть связано с интенсивным действием неблагоприятных факторов военного труда [шумы, ускорения, перегрузки, вибрации, неионизирующие и ионизирующие излучения (ИИ), агрессивные жидкости, высоко- и низкотемпературное воздействия среды и т.д.] и постоянным воздействием стрессового фактора («боевой стресс», «боевое утомление»).

При дезорганизации местной системы здравоохранения (разрушение объектов инфраструктуры, уменьшение числа медицинских работников, уничтожение запасов медицинской техники и имущества) медицинский персонал всех министерств и ведомств, находящийся в зоне боевых действий, дополнительно к решению своих основных задач, как правило, принимает участие в оказании медицинской помощи гражданским лицам, в том числе в формате гуманитарных акций. В этом случае врачам придется столкнуться с необходимостью диагностики и лечения всего спектра хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений практически в «полевых» условиях.

1.3. ЗАДАЧИ, ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ, ЭШЕЛОНИРОВАНИЕ И ВИДЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Терапевтическая помощь в условиях ВК — совокупность медицинских вмешательств (в том числе с применением телемедицинских технологий) и эвакуационных мероприятий в отношении лиц с боевой терапевтической патологией или заболеваниями терапевтического профиля, в том числе развившихся у раненых (обожженных).

К оказанию медицинской помощи пораженным и больным терапевтического профиля в зависимости от условий боевой и медицинской обстановки по решению старшего медицинского начальника может привлекаться любой медицинский персонал, включая врачей всех специальностей.

Главными задачами при оказании медицинской помощи раненым с заболеваниями внутренних органов, больным и пораженным в результате специфического действия современных видов оружия являются:

- 1) в ближайший период при поражении легкой степени – сохранение боеспособности (трудоспособности) пораженного для его возвращения в строй, в остальных случаях после развития заболевания (поражения) – купирование опасных для жизни проявлений заболеваний (поражений), предупреждение прогрессирования расстройств здоровья в процессе медицинской эвакуации и профилактика стойких нарушений функции основных органов и систем;
- 2) проведение больному (пораженному) современного комплексного лечения развившихся заболеваний (поражений) до определившегося исхода с последующей медицинской реабилитацией (МР) для быстреего и наиболее полного восстановления его боеспособности (трудоспособности).

Организация терапевтической помощи пораженным (больным) в условиях ВК основывается на системе этапного лечения с эвакуацией по назначению и невозможна без реализации ряда **базовых принципов**:

- 1) обоснованное прогнозирование и максимальный учет величины и структуры санитарных потерь терапевтического профиля для наиболее эффективного использования сил и средств медицинской службы ВС РФ, других силовых министерств и ведомств, государственной (муниципальной) системы здравоохранения;
- 2) эшелонирование медицинской помощи и своевременный маневр по ее виду и объему в соответствии с боевой, тыловой, медицинской обстановкой;
- 3) обеспечение защиты этапов медицинской эвакуации от поражающего действия боевых средств противника радиационной, химической и биологической природы;
- 4) приоритет в проведении на промежуточных этапах медицинской эвакуации неотложных мероприятий медицинской помощи по жизненным показаниям;
- 5) приближение специализированной медицинской помощи к очагу санитарных потерь;
- 6) максимальное ограничение многоэтапности в лечении пораженных и больных;
- 7) выделение легкопораженных (легкобольных, легкораненых), инфекционных больных в самостоятельные лечебно-эвакуационные потоки и их лечение в пределах театра военных действий;
- 8) единство взглядов и преемственность в подготовке военных и гражданских медицинских специалистов по вопросам диагностики и лечения боевой терапевтической патологии на всех уровнях;
- 9) профилактическая направленность в деятельности всех субъектов военного и гражданского здравоохранения;
- 10) акцент медицинской подготовки личного состава ВС РФ, силовых министерств и ведомств, населения на получение практических навыков оказания само- и взаимопомощи с использованием индивидуальных средств медицинской защиты.

Организация и оказание терапевтической помощи военнослужащим и мирному населению, находящемуся в зоне боевых действий, осуществляется с учетом требований законодательства РФ, установленного на военное время (период режима военного положения), а также принятыми в соответствии с ним иными руководящими и инструктивно-методическими документами, в том числе Указаниями по военно-полевой терапии.

Схема эшелонирования и виды терапевтической помощи в условиях ВК на этапах медицинской эвакуации в соответствии с Указаниями по военно-полевой терапии (2019) представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Схема эшелонирования и виды терапевтической помощи в условиях военного конфликта

Уровень*	Место оказания медицинской помощи (этап медицинской эвакуации)	Вид медицинской помощи
1	Поле боя (очаг санитарных потерь)	Первая помощь
	Пункт сбора пораженных, медицинский пост роты	Доврачебная помощь
	Медицинский пункт батальона. Фельдшерские бригады скорой медицинской помощи и медицинские организации, оказывающие первичную доврачебную медико-санитарную помощь	Доврачебная помощь. Первая врачебная помощь по неотложным показаниям (при усилении врачебным составом)
	Медицинский пункт (роты) полка. Врачебные бригады скорой медицинской помощи и медицинские организации, оказывающие первичную врачебную медико-санитарную помощь	Первая врачебная помощь по неотложным показаниям (в сокращенном объеме)
2	Медицинская рота бригады, отдельный медицинский отряд, отдельный медицинский батальон, медицинский отряд специального назначения. Специализированные бригады скорой медицинской помощи и медицинские организации, оказывающие специализированную и скорую медицинскую помощь (участковая, районная больницы и т.п.)	Первая врачебная помощь в полном объеме. Квалифицированная медицинская помощь по неотложным показаниям (в сокращенном объеме)
3	Военный госпиталь (военно-морской госпиталь) с филиалами, филиалы военного клинического госпиталя (военно-морского клинического госпиталя) военного округа (флота), военного полевого госпиталя. Медицинские организации, оказывающие специализированную и скорую медицинскую помощь (городская, центральная районная больницы, медико-санитарная часть и т.п.)	Квалифицированная медицинская помощь в полном объеме. Специализированная медицинская помощь по неотложным показаниям. Восстановительное лечение и МПР легкопораженных (легкобольных)
4	Военный клинический госпиталь (военно-морской клинический госпиталь) военного округа (флота). Медицинские организации, оказывающие специализированную и скорую медицинскую помощь (областная, краевая, республиканская больницы и т.п.)	Специализированная медицинская помощь в полном объеме, МР. Восстановительное лечение и МПР пораженных (больных) средней степени тяжести
5	Главный и центральные военные клинические госпитали, клиники Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Научно-практические центры областного, республиканского, краевого, федерального значения и т.п.	Специализированная медицинская (в том числе высокотехнологичная) помощь в полном объеме. Восстановительное лечение и МПР тяжелопораженных (тяжелобольных)
6	Санаторно-курортные организации Министерства обороны, других силовых министерств (ведомств), государственной (муниципальной) системы здравоохранения	МР. Проведение всего спектра реабилитационных мероприятий в период остаточных явлений течения поражения (заболевания, травмы) для восстановления нарушенных функций организма, возможности самообслуживания и передвижения

* Уровень (этап) оказания медицинской помощи.

Примечание: МПР — медико-психологическая реабилитация; МР — медицинская реабилитация.

Этап медицинской эвакуации — силы и средства медицинской службы ВС РФ, других силовых ведомств, государственной (муниципальной) системы здравоохранения, развернутые на путях медицинской эвакуации и предназначенные для:

- 1) приема, санитарной обработки, медицинской сортировки, регистрации пораженных (больных, раненых);
- 2) оказания пораженным (больным, раненым) медицинской помощи, их лечения, предэвакуационной подготовки тех из них, кто подлежит дальнейшей эвакуации, изоляции лиц с признаками инфекционных заболеваний и выраженными нервно-психическими нарушениями;
- 3) МР пораженных (больных, раненых) в пределах установленных для них сроков.

Лечебно-диагностические возможности каждого этапа медицинской эвакуации зависят от его комплектно-табельного оснащения, а также специализации и квалификации врачебно-сестринского состава. Место и задачи каждого этапа медицинской эвакуации в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск и населения зависят от конкретной медико-тактической обстановки в зоне боевых действий и в тылу и определяются старшим медицинским начальником.

Несмотря на разнообразие условий, определяющих деятельность на отдельных этапах медицинской эвакуации, вид и объем оказываемой медицинской помощи, в составе каждого из них развертываются типовые функциональные подразделения (блоки): приемно-сортировочное (сортировочно-эвакуационное) отделение, отделение специальной обработки, операционно-перевязочное отделение, противошоковая, госпитальное отделение с командой выздоравливающих, эвакуационные (в составе сортировочно-эвакуационного отделения), изоляторы (инфекционные — на две инфекции, психоизолятор), вспомогательные подразделения (лаборатория, рентгеновский кабинет, аптека и т.п.) — рис. 1.2.

Оказание терапевтической помощи пораженным (больным, раненым) на этапах медицинской эвакуации осуществляется с учетом своевременности, последовательности, преемственности и широкой специализации лечебно-профилактических мероприятий от момента получения боевой терапевтической травмы (заболевания) на поле боя (в расположении части) до этапа, на котором пораженному (больному, раненому) будет обеспечено лечение до определившегося исхода поражения (заболевания, ранения). В зависимости от конкретных условий боевой, тыловой и медицинской обстановки необходимо стремиться к максимальному сокращению количества этапов медицинской эвакуации, через которые пройдет эвакуируемый до поступления на этап, где ему будет оказана исчерпывающая медицинская помощь до определения исхода поражения (заболевания, ранения).

Под **видом медицинской помощи** понимается перечень (комплекс) лечебно-профилактических (лечебно-диагностических) мероприятий, проводимых в отношении пораженных (больных, раненых) на поле боя (в очагах массовых санитарных потерь) и на этапах медицинской эвакуации.

Вид медицинской помощи определяется местом оказания, уровнем подготовки лиц, ее оказывающих, наличием необходимого оснащения и медико-тактической обстановкой.

К видам медицинской помощи, оказываемой пораженным (больным, раненым) при развитии у них патологии терапевтического профиля, в соответствии с Указаниями по военно-полевой терапии относятся: первая, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная (терапевтическая), специализированная (терапевтическая) помощь, МР.

Первая помощь — комплекс мероприятий, проводимых в порядке само- и взаимопомощи, направленных на **прекращение действия повреждающего фактора и временное устранение причин, угрожающих жизни** пораженного (больного,

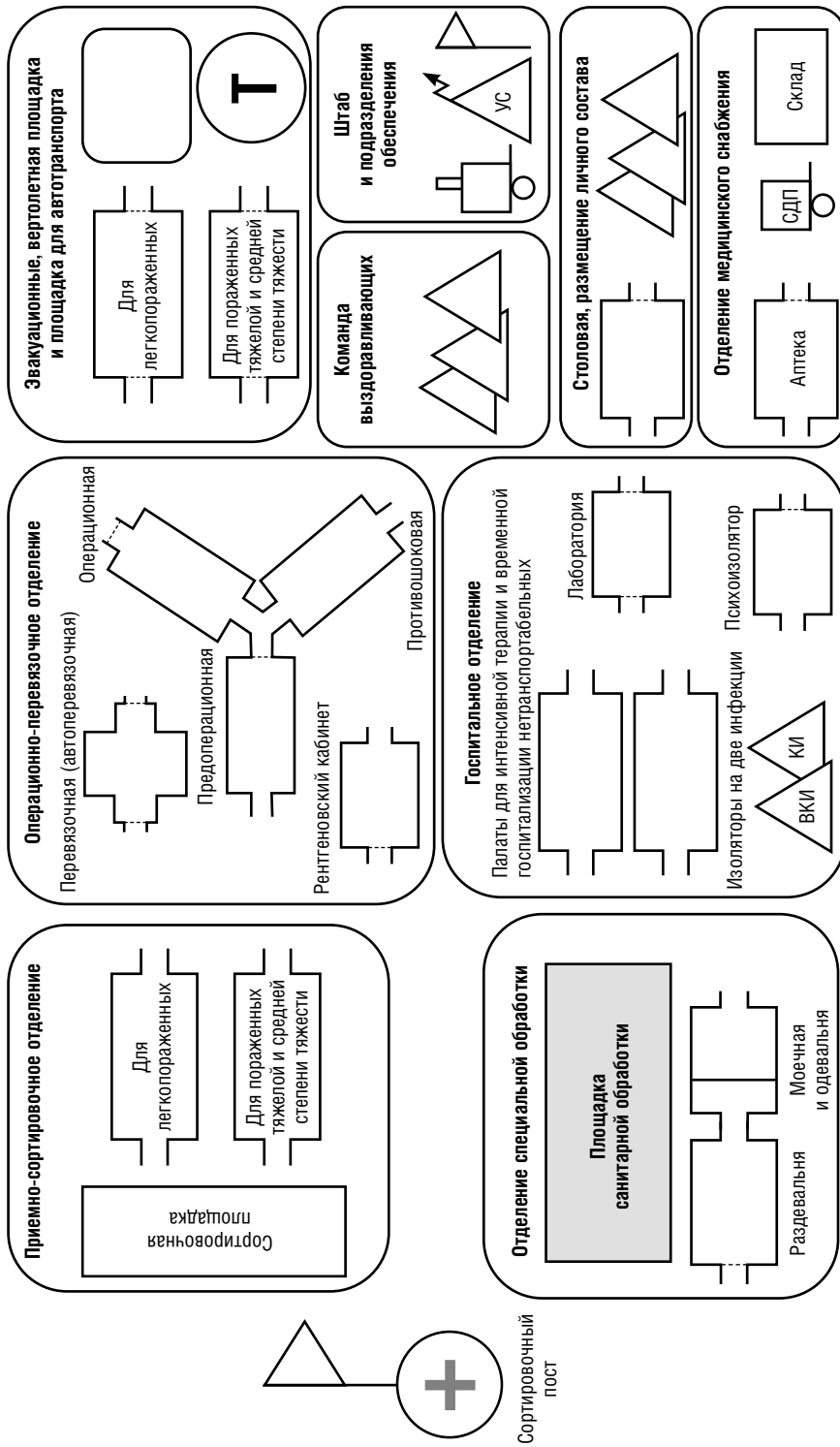


Рис. 1.2. Принципиальная схема развертывания этапа медицинской эвакуации. ВКИ — воздушно-капельные инфекции; КИ — кишечные инфекции; СДП — стационар дневного пребывания; УС — узел связи

раненого), и предупреждение развития тяжелых осложнений или уменьшение тяжести последствий поражения. Первая помощь оказывается непосредственно на поле боя (в очаге поражения) или в ближайшем укрытии самим пострадавшим (самопомощь), товарищем (взаимопомощь), а также младшим медицинским составом (санитарами).

Важно помнить, что при оказании первой помощи в варианте взаимопомощи оказывающий ее должен сначала обеспечить свою безопасность, эвакуировав пораженного (больного, раненого) в безопасное место, надев средства индивидуальной защиты, приняв медицинские средства защиты и т.п. При этом используются как подручные средства, так и доступные индивидуальные (групповые) медицинские комплекты (аптечка первой помощи индивидуальная, групповая, индивидуальный противохимический пакет, комплект индивидуальный медицинский гражданской защиты и т.п.), а также средства из сумки первой помощи, имеющейся в оснащении санитаров.

Эффективность мероприятий первой помощи наиболее высока, если они были проведены в течение первых 10 мин после поражения.

Доврачебная помощь — комплекс медицинских мероприятий, дополняющих мероприятия первой помощи, проводимых средним медицинским персоналом, направленных на **поддержание жизненно важных функций организма**, предупреждение развития тяжелых осложнений и подготовку пораженного (больного, раненого) к эвакуации. Сроки оказания — первые 2 ч после поражения. Доврачебную помощь оказывает фельдшер в пунктах сбора раненых, на медицинских постах рот и в медицинских пунктах батальонов с использованием преимущественно носимого медицинского имущества.

Первая врачебная помощь — комплекс общеврачебных мероприятий, направленных на **ослабление (при возможности — устранение) последствий поражений (заболеваний, ранений)**, угрожающих жизни пораженного (больного, раненого), предупреждение развития осложнений или уменьшение их тяжести и подготовку нуждающихся к дальнейшей эвакуации. Первая врачебная помощь оказывается в медицинской роте бригады, в медицинском пункте полка, а при массовом потоке пораженных — и на других этапах медицинской эвакуации врачами любых лечебных специальностей. В медицинском пункте батальона, имеющем по штату врача, первая врачебная помощь оказывается в объеме неотложных лечебно-диагностических мероприятий.

Оптимальное время оказания первой врачебной помощи составляет не более 5 ч. При поражении быстродействующими БОВ или АХОВ и токсинами первая врачебная помощь (введение антидота) должна быть оказана не позднее 2 ч после появления первых признаков интоксикации.

Квалифицированная медицинская помощь — комплекс хирургических, терапевтических и реаниматологических мероприятий, направленных на **устранение последствий поражений (заболеваний, ранений)**, угрожающих жизни пораженного (больного, раненого), предупреждение развития осложнений и подготовку нуждающихся к эвакуации по назначению.

Квалифицированную терапевтическую помощь пораженным (больным, раненым) оказывают штатные врачи терапевтических специальностей (терапевт, дерматовенеролог, инфекционист), врачи групп медицинского усиления (токсиколог, радиолог, невролог, психиатр) в отдельном медицинском батальоне (отдельном медицинском отряде), медицинском отряде специального назначения, а также в военных полевых госпиталях и военных госпиталях военного округа. Наиболее оптимальный срок оказания данного вида медицинской помощи составляет 8–12 ч после поражения (6–8 ч в случаях поражения быстродействующими БОВ и токсинами).

При необходимости группы медицинского усиления (токсикологическая, радиологическая и др.) могут выдвигаться к очагу массовых санитарных потерь на этап

первой врачебной помощи, обеспечивая там выполнение неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи.

Специализированная медицинская помощь — комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий исчерпывающего характера, направленных на **окончательное и полное купирование всех последствий поражений (заболеваний, ранений)**, выполняемых врачами-специалистами с использованием специального оборудования и оснащения, в том числе с применением сложных методик (высокотехнологичная помощь), в соответствии с характером, профилем и тяжестью поражений (заболеваний, ранений). Сроки оказания — не позднее 24 ч после поражения.

Специализированную медицинскую помощь оказывают врачи-специалисты (кардиологи, пульмонологи, гастроэнтерологи, инфекционисты, дерматологи, токсикологи, гематологи, неврологи, психиатры и др.) в терапевтических отделениях военного полевого госпиталя, военного госпиталя (военно-морского госпиталя), военного клинического госпиталя (военно-морского клинического госпиталя) военных округов (флотов) и их филиалах, при необходимости усиливаемых группами (бригадами) специализированной медицинской помощи, а также в военно-медицинских организациях (ВМО) центрального подчинения (Главный и центральные военные клинические госпитали, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова).

В ряде случаев выполнение отдельных мероприятий специализированной терапевтической помощи возможно в отдельном медицинском батальоне (отдельном медицинском отряде) и медицинском отряде специального назначения при их усилении группами (бригадами) специализированной медицинской помощи (инфекционной, токсикологической, радиологической, психоневрологической и т.п.).

Медицинская реабилитация — комплекс организационных, лечебных, медико-психологических и военно-профессиональных мероприятий, проводимых в отношении пораженных (больных, раненых) с целью поддержания и восстановления их бое- и трудоспособности, скорейшего возвращения в строй.

К числу ключевых принципов организации МР относится ее непрерывность и последовательность, с этапным восстановлением функциональных нарушений, ограничений жизнедеятельности, возможности самообслуживания. Особую роль при восстановлении функций поврежденных систем и органов участников ВК играют специализированные реабилитационные отделения (центры) и санаторно-курортные организации МО РФ, а также других силовых министерств и ведомств. В отдаленном периоде реабилитации пораженных (больных, раненых), в том числе после завершения ВК, играет система госпиталей ветеранов войн.

В случае увеличения потока пораженных (больных), нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий, при необходимости, могут быть дополнительно задействованы профильные медицинские организации государственной (муниципальной) системы здравоохранения. При этом ведение пораженных с боевой терапевтической патологией осуществляется по единым стандартам и протоколам, включающим выполнение всех элементов медицинского освидетельствования и медико-социальной экспертизы.

1.4. МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА ПОРАЖЕННЫХ (БОЛЬНЫХ, РАНЕНЫХ) НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Медицинская сортировка — распределение потока пораженных (больных, раненых) на группы по признаку нуждаемости в однородных профилактических и лечебно-эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и установленными на данном этапе объемом помощи и порядком эвакуации.

В зависимости от задач медицинской сортировки различают два ее вида: внутрипунктовую и эвакуационно-транспортную.

Внутрипунктовая сортировка имеет целью распределить поступающих пораженных (больных, раненых) на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установить очередность их направления в эти подразделения.

Эвакуационно-транспортная (эвакотранспортная) сортировка проводится с целью распределения пораженных (больных, раненых) на группы в соответствии с направлением, очередностью, способами и средствами их дальнейшей эвакуации.

Цели медицинской сортировки:

- обеспечение своевременного оказания медицинской помощи максимальному числу пораженных (больных, раненых) в оптимальном объеме;
- разумное использование имеющихся сил и средств этапа медицинской эвакуации;
- осуществление рациональной эвакуации пораженных (больных, раненых).

Указанные цели достигаются путем выделения из общего потока пораженных (больных, раненых) следующих сортировочных групп:

- 1) представляющие опасность для окружающих [инфекционные больные, пораженные биологическим оружием и стойкими БОВ (АХОВ), имеющие загрязнение кожных покровов и обмундирования радиоактивными веществами свыше 10 мР/ч (если не установлено иное значение), находящиеся в состоянии выраженного психомоторного возбуждения], а следовательно, подлежащие специальной обработке или изоляции;
- 2) нуждающиеся в оказании медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации;
- 3) не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе и подлежащие дальнейшей эвакуации;
- 4) подлежащие лечению на данном этапе до полного выздоровления или временной задержке для оказания медицинской помощи в связи с нетранспортабельностью (выделяют с этапа квалифицированной медицинской помощи);
- 5) получившие поражения, несовместимые с жизнью, нуждающиеся только в симптоматической терапии (выделяют с этапа квалифицированной медицинской помощи);
- 6) подлежащие возвращению в свои подразделения (части) без оказания медицинской помощи или после ее оказания и кратковременного отдыха.

Выявление лиц, представляющих опасность для окружающих и нуждающихся в проведении частичной (полной) санитарной обработки или в изоляции (первичная сортировка), осуществляет на сортировочном посту санитар-дозиметрист и частично продолжает врач в приемно-сортировочном отделении (при наличии такой возможности). Для этого следует использовать результаты дозиметрического контроля, индикации БОВ, а также визуальную оценку состояния пораженных (больных, раненых), их опрос, изучение сопровождающих документов.

Лица, не представляющие опасности для окружающих, с сортировочного поста направляются на сортировочную площадку или в сортировочную палатку (в зависимости от метеорологических условий). Лица, прошедшие санитарную обработку, как правило, направляются на сортировочную площадку. В отдельных случаях медицинскую сортировку тяжелопораженных проводят сразу после санитарной обработки на чистой половине площадки или отделения специальной обработки.

Определение нуждающихся в оказании медицинской помощи проводится врачебно-сестринскими сортировочными бригадами в приемно-сортировочном отделении. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных пораженных

(больных, раненых) — врач, две медицинские сестры (фельдшера), два регистратора и звено санитаров-носильщиков, для остальных — врач, медицинская сестра и регистратор. В состав сортировочных бригад выделяется наиболее опытный врачечно-сестринский персонал.

В процессе работы сортировочных бригад в первую очередь выявляют лиц в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, нуждающихся в проведении неотложных мероприятий медицинской помощи на данном этапе (выборочная сортировка в ходе общего осмотра группы прибывших на этап пораженных, больных, раненых) и определяют функциональное подразделение, в котором эта помощь должна быть оказана. Затем проводят медицинскую сортировку пораженных (больных, раненых) легкой и средней степени тяжести.

В процессе медицинской сортировки врач наряду с решением вопроса о нуждаемости в медицинской помощи, ее характере, срочности (очередности) и месте оказания определяет эвакуационное назначение, очередность, способ и средства дальнейшей эвакуации пораженных (больных, раненых), не нуждающихся в оказании медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации.

Опрашивая пораженного (больного, раненого), если это возможно, используя простые физикальные и инструментальные методы обследования, врач оценивает тяжесть его состояния, определяет ведущие синдромы поражения и формулирует диагноз. **Диагноз должен содержать** указание на этиологию (при возможности индикации поражающего фактора и определения основного способа его воздействия), степень тяжести поражения (заболевания), его последствия (осложнения), угрожающие жизни пораженного (больного, раненого).

При объективных трудностях (сложная медико-тактическая обстановка: массовый поток пораженных, недостаточность сил и средств медицинской службы, применение противником оружия, основанного на новых физических принципах, и т.п.) с установлением этиологии (вида) боевой терапевтической патологии или нозологической формы поражения (заболевания) допускается формулирование «синдромного (синдромального) диагноза». При этом обязательно указывают степень тяжести поражения (заболевания), определяемую по выраженности угнетения жизненно важных функций наиболее пострадавшей системы организма.

Проводя обследование пораженного (больного, раненого), врач отдает указания медицинской сестре по выполнению необходимых неотложных мероприятий медицинской помощи [введение антидотов, противосудорожных и противорвотных средств, анальгетиков, постановка системы для внутривенной инфузии, туалет полости рта и установка воздуховода, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) ручным аппаратом и т.п.].

Регистратор оформляет паспортную часть медицинского документа (первичную медицинскую карточку), записывает диагноз и проведенные лечебные мероприятия, а также регистрирует пораженного в книге учета раненых и больных.

В соответствии с нормативом одна сортировочная бригада указанного состава, используя метод «переката», за 1 ч работы в среднем должна провести сортировку и выполнить отдельные мероприятия неотложной медицинской помощи 10–12 пораженным (больным, раненым) — рис. 1.3.

Результаты медицинской сортировки обозначают на специальных сортировочных марках, фиксируемых на обмундировании пораженных, и отражают в первичной медицинской карточке и/или истории болезни. Санитары, руководствуясь сортировочными марками, прикрепленными к одежде на груди пораженных, доставляют тяжелопораженных (тяжелобольных) в соответствующие функциональные подразделения этапа медицинской эвакуации.

На этапе квалифицированной медицинской помощи могут выделяться легкопораженные (легкобольные), подлежащие лечению в команде выздоравливающих

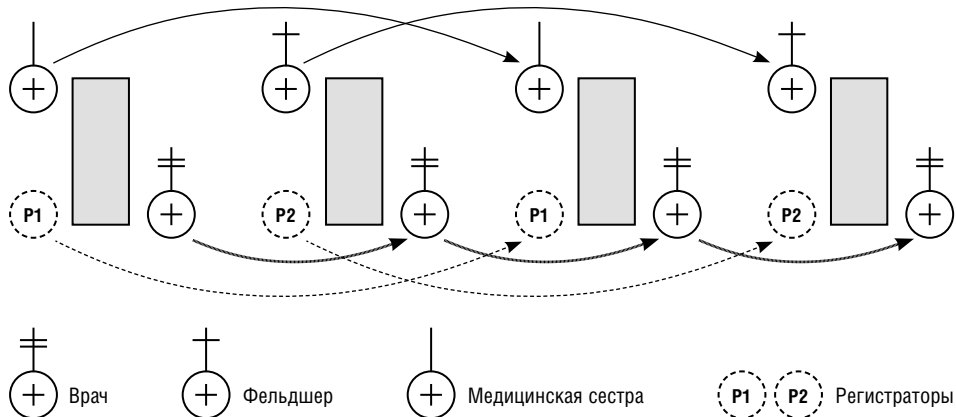


Рис. 1.3. Схема работы врачебно-сестринской бригады методом «переката»

(в пределах, установленных для этапа сроков). При благоприятных условиях обстановки команда выздоравливающих также может формироваться и на этапе первой врачебной помощи.

Лиц, не нуждающихся в оказании медицинской помощи на этапе, следует сразу направлять в эвакуационное отделение.

Из военнослужащих, подлежащих возвращению в строй, формируются команды для организованного убытия в свои подразделения.

К выделению на передовых этапах медицинской эвакуации лиц, нуждающихся только в уходе и облегчении страданий (в симптоматическом лечении) среди пораженных и больных терапевтического профиля, следует отнестись в целом отрицательно. Сортировочное решение в их отношении подлежит обязательному уточнению в процессе наблюдения и оказания медицинской помощи на этапе.

Медицинская сортировка на этапе медицинской эвакуации непрерывно идет во всех функциональных подразделениях, через которые проходят пораженные (раненые, больные). В зависимости от результатов диагностических мероприятий в ходе оказания медицинской помощи и лечения диагноз может быть уточнен, что сопряжено с изменением их лечебно-эвакуационной характеристики, изменения должны быть отражены в медицинской документации.

Начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи, выделяют категорию нетранспортабельных пораженных (больных, раненых). Сроки оказания медицинской помощи и время нахождения на этапе будут напрямую зависеть только от их состояния и вероятного прогноза поражения (заболевания, ранения). При организации эвакуации авиационным транспортом количество нетранспортабельных, также как и сроки нетранспортабельности, могут быть существенно уменьшены.

В случае ожидания массовых санитарных потерь (вероятность применения противником оружия массового поражения) для каждого этапа медицинской эвакуации необходимо выполнить предварительный расчет максимальной потребности во врачебно-сестринских бригадах для проведения медицинской сортировки и оказания медицинской помощи в объеме неотложных мероприятий в приемно-сортировочном отделении.

При массовом поступлении пораженных сортировочно-эвакуационное отделение необходимо усилить сортировочными бригадами из числа врачебно-сестринского состава других функциональных подразделений данного этапа, менее загруженных в первом периоде работы. При этом на сортировку необходимо выделять наиболее квалифицированный персонал. Так, при массовом поступлении на

этап пострадавших терапевтического профиля медицинскую сортировку проводят под руководством командира (начальника) госпитального отделения (ведущего терапевта).

Создавать сортировочные бригады в составе этапа медицинской эвакуации, проводить их слаживание и тренировку необходимо заблаговременно, в подготовительный (межбоевой) период.

1.5. СОДЕРЖАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ И БОЛЬНЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

В современной системе организации терапевтической помощи на этапах медицинской эвакуации реализованы принципы своевременности, последовательности, преемственности и широкой специализации лечебно-профилактических мероприятий от момента получения боевой терапевтической травмы (заболевания) на поле боя (в очаге поражения) до этапа, на котором пораженному (заболевшему) будет обеспечено лечение до определения исхода поражения (заболевания). Особенное значение для прогноза течения поражения (заболевания) терапевтического профиля в условиях ВК имеет своевременность диагностики и применения средств экстренной профилактики и лечения.

Ввиду скоротечности патологических процессов, вызываемых воздействием современных видов оружия, и быстроты развития угрожающих жизни проявлений боевой терапевтической травмы и ряда острых заболеваний внутренних органов основными лечебно-профилактическими мероприятиями на этапах медицинской эвакуации являются неотложные мероприятия медицинской помощи.

К основным патологическим состояниям на передовых этапах медицинской эвакуации, представляющим угрозу для жизни пораженного (больного) и/или последующему возвращению его в строй, относятся:

- внезапная остановка кровообращения и дыхания (апноэ);
- тонические и клонические судороги;
- коматозное состояние;
- резкая боль при острой коронарной недостаточности, почечной или печеночной колике, остром корешковом синдроме;
- выраженная тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) более 130 в минуту и другие гемодинамически значимые нарушения ритма и проводимости;
- снижение уровня артериального давления (АД) менее 90 мм рт.ст. (систолического) и 50 мм рт.ст. (диастолического);
- осложненный гипертонический криз;
- острая дыхательная недостаточность (ОДН) II–III степеней (отек легких, бронхоспазм, тяжелая пневмония, тромбоэмболия легочной артерии) при частоте дыхания в покое свыше 30 или менее 10 в минуту и сатурации кислорода в артериальной крови менее 90%;
- острая почечная недостаточность (диурез менее 400 мл/сут);
- неукротимая рвота;
- обезвоживание (в результате рвоты, диареи, тепловых поражений);
- массивные отеки (анасарка);
- острое психомоторное возбуждение;
- гипотермия и гипертермия, осложненные гемодинамическими нарушениями;
- массивное поступление радионуклидов внутрь организма;
- попадание в глаза токсичных веществ и радионуклидов.

Содержание каждого вида медицинской помощи пораженным с боевой терапевтической травмой и больным терапевтического профиля на различных этапах медицинской эвакуации представлено ниже.

Первая помощь:

- скорейшее прекращение действия повреждающего фактора: надевание средств индивидуальной защиты, при их отсутствии — использование подручных средств защиты органов дыхания (балаклава, полотенце, хлопчатобумажная ткань в 3–4 слоя и т.п.); выход (вынос) пораженного за пределы зоны загрязнения (зоны действия поражающего фактора) и т.п.;
- применение (по команде) антидотов при поражении БОВ из комплектно-табельного оснащения;
- восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей;
- проведение сердечно-легочной реанимации (СЛР);
- дегазация зараженных участков кожи и прилегающих участков обмундирования жидкостью индивидуального противохимического пакета;
- промывание глаз, полости рта и носа водой из фляги при подозрении на попадание внутрь ОВ или радионуклидов (при необходимости, провоцирование рвоты);
- применение противорвотных и обезболивающих средств из комплектно-табельного оснащения;
- применение (по команде) антибиотиков с целью экстренной профилактики поражений биологическим оружием из комплектно-табельного оснащения;
- применение (по команде) радиопротекторов и препаратов стабильного йода с целью экстренной профилактики радиационного поражения из комплектно-табельного оснащения;
- защита пораженного от переохлаждения (перегревания) с помощью табельных и подручных средств;
- передача раненого (больного, пострадавшего) санитарному инструктору, фельдшеру, врачу или обеспечение быстрого обнаружения места его нахождения медицинским работником.

Мероприятия первой помощи выполняют, предварительно оценив обстановку и обеспечив безопасные условия. В варианте взаимопомощи в первую очередь расходуются средства индивидуального медицинского комплекта самого пораженного (больного, раненого). Все лекарственные препараты вводят только после соответствующей команды старшего начальника или медицинского специалиста. При оказании первой помощи санитар или медицинский специалист может использовать более широкий спектр лекарственных препаратов из комплектов носимого медицинского имущества (сумка санитара и т.п.). По возможности осуществляют документирование информации о состоянии (уровень сознания, частота пульса, частота дыхания) пораженного (больного, раненого) и об использовании лекарственных препаратов (время и кратность их применения) в сопроводительной записке (например, в памятке об оказании первой помощи) в произвольной форме.

Доврачебная помощь:

- повторное введение антидотов при поражении БОВ;
- повторное профилактическое введение радиопротекторов в случаях нахождения на загрязненной местности или другой угрозы повторного воздействия ИИ;
- прием препаратов стабильного йода, если при наличии такой необходимости их не вводили при оказании первой помощи;
- введение сердечно-сосудистых, противосудорожных, противорвотных, болеутоляющих, десенсибилизирующих, антибактериальных и других лекарственных средств из комплектно-табельного оснащения;

- промывание глаз, полости рта и носа при подозрении на попадание ОВ или радионуклидов;
- дополнительная дегазация открытых участков кожи и обмундирования;
- беззондовое (провоцирование рвоты) или зондовое (при благоприятных условиях обстановки) промывание желудка, с последующим введением адсорбента;
- ИВЛ с использованием ручного аппарата и оксигенотерапия из кислородного ингалятора;
- проведение инфузионно-трансфузионной терапии с использованием однократного контейнера для инфузионной терапии через периферическую вену или внутрикостный доступ;
- защита пораженного от переохлаждения (перегревания) с помощью табельных и подручных средств, обеспечение горячим питьем.

По возможности в сопроводительной записке (например, в памятке об оказании первой помощи) в произвольной форме осуществляют документирование информации о произошедшем (действие БОВ, радиации, АХОВ, продуктов горения, отравление, закрытая травма головы и т.п.) с пораженным (больным, раненым), о динамике его состояния [уровень сознания, частота пульса, частота дыхания, капиллярный ответ ногтевого ложа (в секундах), уровень АД, сатурация кислорода в периферической крови, температура тела] с указанием ведущего синдрома поражения (заболевания), об использовании лекарственных препаратов (время и кратность их применения).

Первая врачебная помощь. Мероприятия первой врачебной помощи по срочности выполнения делятся на две группы: неотложные и мероприятия, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено.

1. Неотложные мероприятия первой врачебной помощи:

- частичная санитарная обработка открытых участков кожи, дегазация повязок и обмундирования у лиц, поступающих из очагов радиационного и химического загрязнения;
- восстановление проходимости верхних дыхательных путей (в том числе очистка полости рта и носоглотки от слизи и рвотных масс);
- введение антидотов, дыхательных аналептиков, сердечно-сосудистых, противосудорожных, бронхорасширяющих, противорвотных, обезболивающих, гормональных, антипсихотических и других лекарственных средств, входящих в штатное комплектно-табельное оснащение;
- инфузионно-трансфузионная терапия с целью восполнения объема циркулирующей жидкости;
- промывание желудка через зонд при пероральном отравлении или инкорпорации радионуклидов с последующим введением адсорбента и слабительного средства;
- неспецифическая профилактика при поражениях бактериальными средствами и применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами;
- ингаляция кислорода, а также ингаляция паров этанола (Этилового спирта*) при отеке легких;
- проведение ИВЛ;
- применение глазных мазей и лекарственных пленок при поражении глаз ОВ кожно-нарывного действия;
- введение лекарственных средств, купирующих первичную реакцию на облучение (ПРО), а также средств, направленных на связывание и выведение радионуклидов;
- раннее начало патогенетической терапии цитокинами и колониестимулирующими факторами (по показаниям) при острых радиационных поражениях (ОРП).

2. Мероприятия первой врачебной помощи, выполнение которых может быть вынуждено (на фоне ухудшения боевой, тыловой или медицинской обстановки) отсрочено:

- внутривенное введение растворов электролитов и низкомолекулярных кровезаменителей при радиационных поражениях с целью детоксикации;
- применение с профилактической целью антибактериальных препаратов при поражениях БОВ, АХОВ или ИИ;
- назначение различных симптоматических лекарственных средств при состояниях, не представляющих угрозу для жизни пораженного (больного).

Квалифицированная медицинская помощь. Мероприятия квалифицированной (терапевтической) медицинской помощи по срочности выполнения делятся на две группы: неотложные и мероприятия, выполнение которых может быть вынуждено отсрочено.

1. Неотложные мероприятия квалифицированной (терапевтической) медицинской помощи:

- полная санитарная обработка пораженных стойкими БОВ или АХОВ и лиц, имеющих загрязнение кожи радионуклидами выше предельно допустимого уровня;
- применение антидотов при поражениях БОВ, а также специфической лечебной сыворотки при поражениях ботулиническим токсином;
- неспецифическая профилактика при поражениях бактериальными агентами;
- комплексная терапия ОДН, включая применение дыхательных аналептиков, оксигенотерапии и проведение ИВЛ с использованием дыхательных аппаратов при тяжелых нарушениях дыхания (отек легких, бронхоспазм и т.д.);
- комплексная терапия острой сердечно-сосудистой недостаточности, в том числе нарушений сердечного ритма;
- комплексная терапия острой почечной недостаточности;
- профилактика и лечение отека головного мозга;
- коррекция грубых нарушений кислотно-основного состояния (КОС) и электролитного баланса;
- купирование болевых приступов, тяжелых аллергических реакций, выраженной рвоты, судорожного синдрома;
- комплексная терапия острой печеночной недостаточности;
- применение транквилизаторов, нейролептиков, седативных средств при острых реактивных состояниях;
- назначение противозудных и седативных средств при распространенных ипритных дерматитах и местных лучевых поражениях (МЛП);
- использование специфических средств при поражении глаз БОВ или АХОВ;
- комплекс лечебных мероприятий при попадании внутрь радионуклидов, ОВ и других токсичных веществ, включающий зондовое промывание желудка с последующим введением адсорбентов и слабительных средств, форсированный диурез;
- введение лекарственных средств, направленных на связывание и выведение радионуклидов, а также средств, купирующих первичную лучевую реакцию;
- раннее начало патогенетической терапии цитокинами и колониестимулирующими факторами (по показаниям) при ОРП;
- внутривенное введение растворов электролитов и низкомолекулярных кровезаменителей с целью детоксикации;
- при наличии возможности внутривенное введение плазмы и других компонентов крови (эритроцитов, тромбоцитов) с заместительной целью;
- при наличии возможности проведение экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез) при миоренальном синдроме, радиационных поражениях, отравлениях и поражениях БОВ или АХОВ.

2. Мероприятия квалифицированной (терапевтической) медицинской помощи, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено:

- применение симптоматических лекарственных средств при состояниях, не представляющих угрозу для жизни пораженного (больного);
- введение антибактериальных средств с профилактической целью при поражении БОВ и ИИ;
- физиотерапевтические процедуры, лечебная гимнастика, диетическое питание, витаминотерапия.

По решению старшего медицинского начальника при неблагоприятных условиях боевой, тыловой или медицинской обстановки можно осуществлять маневр не только объемом медицинской помощи, сокращая ее до проведения мероприятий первой группы, но и видом, понижая ее уровень с квалифицированной терапевтической до первой врачебной помощи.

Независимо от вида и объема оказанной медицинской помощи нужно проводить комплекс мероприятий предэвакуационной подготовки и принимать меры к быстрой отправке пораженных (больных, раненых) на последующие этапы медицинской эвакуации.

Специализированная медицинская помощь. Отличительной особенностью данного вида медицинской помощи является полный объем проводимых лечебных мероприятий, осуществляемый с применением сложных методик, использованием специального оборудования и оснащения в соответствии с характером, профилем и тяжестью поражения (заболевания), как правило, до определения его исхода.

В зависимости от особенностей поражения (заболевания) содержание комплекса мероприятий данного вида медицинской помощи может различаться, но к основным методам специализированного лечения пораженных и больных терапевтического профиля на этапах медицинской эвакуации принято относить обеспечение постельного (в том числе асептического) режима, диетического питания, проведение этиопатогенетического и симптоматического лечения (включая специфические медикаментозные, инструментальные и высокотехнологичные методы), выполнение физиотерапевтических процедур и лечебной физкультуры.

Медицинская реабилитация. Проведение отдельных мероприятий данного вида помощи можно организовать, уже начиная с этапа первой врачебной помощи (команда выздоравливающих). В рамках МР возможно осуществление мероприятий по психологической поддержке раненых (пораженных, больных) и донозологической коррекции астено-невротических состояний («боевое утомление», «боевой стресс», чрезмерная эмоциональная напряженность и т.д.).

В дальнейшем основные реабилитационные мероприятия для пораженных (больных) осуществляют на завершающем этапе лечения в специализированных отделениях ВМО [военном госпитале, военно-морском госпитале, военном клиническом госпитале (военно-морском клиническом госпитале) военного округа (флота) и их филиалах, Главном и центральных военных клинических госпиталях, Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, медицинских организациях государственной (муниципальной) системы здравоохранения, а также в ведомственных санаториях, домах отдыха, профилакториях].

Комплекс лечебно-восстановительных мероприятий в рамках МР включает лечебную физкультуру, массаж, методы мануальной терапии и рефлексотерапии, физиотерапевтические процедуры, роботизированные методы, механо- и трудотерапию с учетом военно-учетной специальности пораженных (больных), методы психологической и нейропсихологической коррекции, диетотерапию, а также при необходимости медикаментозную (витамины, адаптогены, анаболические и метаболические лекарственные препараты), в том числе симптоматическую терапию,

использование биологически активных добавок, не относящихся к лекарственным средствам. В рамках реабилитационных мероприятий, проводимых в санаторно-курортных организациях, дополнительно применяются естественные (природные) и искусственно созданные (преформированные) лечебные физические факторы.

1.6. МЕДИЦИНСКАЯ ЭВАКУАЦИЯ

Медицинская эвакуация — это совокупность мероприятий по доставке пораженных (больных, раненых) из района возникновения санитарных потерь на этапы медицинской эвакуации для своевременного и полного оказания медицинской помощи.

Медицинская эвакуация преследует цели:

- быстрой и наиболее щадящей транспортировки пораженного (больного, раненого) на тот этап медицинской эвакуации, где наиболее рационально по медицинским показаниям и в соответствии с обстановкой может быть своевременно и последовательно оказана медицинская помощь;
- обеспечения надлежащей маневренности этапов медицинской эвакуации.

Медицинская эвакуация начинается со сбора и выноса (вывоза) пораженного (больного, раненого) с поля боя (из очага массовых поражений) и заканчивается его прибытием в медицинскую организацию, в которой он получит исчерпывающее лечение до определения исхода поражения (заболевания).

Основным вариантом медицинской эвакуации является **эвакуация «на себя»**. Его реализация подразумевает отправку вышестоящим медицинским начальником своего транспорта к этапам нижестоящего звена. В отдельных случаях нижестоящие медицинские начальники будут организовывать медицинскую **эвакуацию пораженных (больных, раненых) «от себя»** своим или попутным транспортом. Преимущество первого варианта состоит в том, что старший начальник медицинской службы в силу своей большей информированности может более эффективно использовать санитарный транспорт, маневрируя им в соответствии с обстановкой.

Для эвакуации задействуют как специальный санитарный транспорт, так и транспорт общего назначения при возвращении его в тыл после разгрузки. Для вывоза пораженных с поля боя (очага санитарных потерь), как правило, используют бронированные медицинские машины, в дальнейшем — автомобильный санитарный транспорт. Для эвакуации больных (пораженных, раненых) также могут быть использованы все возможные варианты транспортировки: санитарными поездами, воздушными судами военно-транспортной и гражданской авиации, речными и морскими санитарными или приспособленными судами. Использование транспортных вертолетов, начиная с передовых этапов медицинской эвакуации, ведет к устранению многоэтапности при оказании медицинской помощи.

Эффективность медицинской эвакуации напрямую зависит от качества проведенной эвакотранспортной сортировки. При этом большое значение имеют определение показаний и противопоказаний к эвакуации, выбор средства и способа транспортировки, определение очередности и направления эвакуации.

При отправке тяжелопораженных (тяжелобольных, тяжелораненых) на следующий этап медицинской эвакуации следует серьезное внимание уделять их **предэвакуационной подготовке**. Она направлена на поддержание жизненных функций эвакуируемых и максимальное ослабление неблагоприятных воздействий в пути следования, проводится непосредственно перед транспортировкой. Нетранспортабельные по медицинским показаниям пораженные (больные, раненые) выделяются только с этапа квалифицированной медицинской помощи. Возможности авиамедицинской эвакуации и использования медицинских модулей

(вертолетных, самолетных), обеспечивающих в пути полноценное поддержание жизненно важных функций организма и проведение мероприятий интенсивной терапии, в большинстве случаев позволяют отказаться от выделения категории нетранспортабельных пораженных и больных.

К мероприятиям предэвакуационной подготовки относят:

- собственно лечебно-профилактические мероприятия, проводимые на этапе медицинской эвакуации в отношении пораженного (больного, раненого);
- целевые мероприятия, проводимые перед отправкой пораженного (больного, раненого) на следующий этап (осмотр, контроль показателей жизненно важных функций организма, исправление повязок и иммобилизации, контроль установленных дренажей и катетеров, обезболивание, опорожнение мочевого пузыря, проверка наличия и правильности оформления медицинской документации, изъятие оружия, боеприпасов и лишней экипировки).

Необходимо также предусмотреть возможности питания, утоления жажды и ухода за эвакуируемыми в пути следования.

В случаях эвакуации на большие расстояния или эвакуации авиационным транспортом лиц в крайне тяжелом состоянии с целью наблюдения за пораженными (больными, ранеными) и оказания им медицинской помощи в пути выделяется медицинский персонал.

Инфекционных больных эвакуируют только на санитарном или специально приспособленном для этой цели транспорте отдельно от других больных. Не допускается эвакуация в одном транспортном средстве больных с разными инфекциями.

В настоящее время особое значение для обеспечения эффективности системы организации терапевтической помощи пораженным (больным, раненым) в ходе ВК приобретает рационально построенная эвакуация по назначению [распределение по медицинским организациям, в том числе специализированным, МО, других силовых ведомств, а также государственной (муниципальной) системы здравоохранения].

В соответствии с возможностями этапов медицинской эвакуации на каждом из них проводят определение лечебно-эвакуационной характеристики пораженных (больных, раненых). Уточнение (постановка) диагноза поражения (заболевания) на этапе квалифицированной медицинской помощи позволяет правильно определить профиль медицинской организации МО или государственной (муниципальной) системы здравоохранения, оказывающей специализированную медицинскую помощь, куда следует эвакуировать пораженного (больного, раненого) — место эвакуации по назначению.

Сроки лечения пораженных (больных, раненых) для каждого этапа эвакуации устанавливает старший медицинский начальник в зависимости от конкретных условий боевой, тыловой и медицинской обстановки. Пораженные (больные, раненые), чей прогнозируемый срок возвращения в строй будет превышать сроки лечения, установленные для этапа квалифицированной медицинской помощи, подлежат эвакуации на этап специализированной медицинской помощи.

При медицинской эвакуации пораженных (больных, раненых) следует стремиться к максимальному сокращению промежуточных этапов, препятствующих своевременному получению ими специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В случае необходимости и развертывания в полевых условиях специализированных военных полевых госпиталей или соответствующей профилизации стационарных ВМО и медицинских организаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения сохраняются традиционные показания для направления в них пораженных (больных, раненых).

1. В терапевтические отделения госпиталя (медицинской организации) для легкораненых (3-й уровень) подлежат эвакуации:

- пораженные ИИ [острая лучевая болезнь (ОЛБ) и МЛП] I степени тяжести без признаков неснимаемой активности и/или поступления радионуклидов внутрь организма (не требующие соблюдения специального санитарно-пропускного режима) при наличии необходимости (период разгара) обследования и лечения в условиях стационара;
- легкопораженные БОВ [невротическая форма поражений фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ), ипритные ларинготрахеиты и ограниченные эритематозно-буллезные дерматиты], АХОВ и бактериальными токсинами;
- соматические больные, не нуждающиеся в применении сложных диагностических методов и длительном лечении [нейроциркуляторная астеня (НЦА), обострение хронического бронхита (ХБ), гастрита и т.п.];
- дерматологические больные.

2. В терапевтические отделения госпиталя (медицинской организации) 4-го уровня направляются:

- пораженные ИИ (ОЛБ) II степени тяжести без признаков неснимаемой активности и поступления радионуклидов внутрь организма (не требующие соблюдения специального санитарно-пропускного режима);
- пораженные с ограниченными МЛП II степени тяжести без признаков неснимаемой активности и/или поступления радионуклидов внутрь организма, не требующие хирургического лечения (не требующие соблюдения специального санитарно-пропускного режима);
- пораженные БОВ или АХОВ средней степени тяжести;
- пораженные бактериальными токсинами средней степени тяжести;
- общесоматические больные и больные дерматовенерологического профиля с осложненным и/или атипичным течением заболевания, нуждающиеся в применении сложных диагностических методов и длительном лечении;
- контуженные без осложнений со стороны внутренних органов, не нуждающиеся в хирургическом лечении.

3. В терапевтические отделения госпиталя (медицинской организации) или профильную медицинскую организацию 5-го уровня направляются:

- пораженные ИИ (ОЛБ) III–IV степени тяжести, требующие соблюдения асептического режима в период разгара заболевания;
- пораженные ИИ с признаками неснимаемой активности и/или поступления радионуклидов внутрь организма, требующие соблюдения специального санитарно-пропускного режима (предъявляемого к отделениям радиохирургии);
- пораженные БОВ или АХОВ тяжелой степени с преобладанием общетоксических проявлений и поражений внутренних органов (пневмония, трахеобронхит, миокардиодистрофия, нефропатия и т.п.);
- пораженные бактериальными токсинами тяжелой степени с выраженными соматическими проявлениями;
- общесоматические больные и больные дерматовенерологического профиля с осложненным и/или атипичным течением заболевания, нуждающиеся в оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
- контуженные с осложнениями со стороны внутренних органов, не нуждающиеся в хирургическом лечении.

4. В психоневрологическое отделение госпиталя (медицинской организации) для легкораненых (3-й уровень) направляются:

- неврологические больные, не нуждающиеся в применении сложных диагностических методов и длительном лечении (изолированная невропатия без

грубого нарушения функции, радикулопатия, дорсопатия, миозит, астенический синдром и др.);

- лица с легким, неосложненным течением психических расстройств (острая реакция на стресс, паническое расстройство, неврастения, расстройство адаптации и др.) и контузиями легкой степени тяжести.

5. В психоневрологическое отделение госпиталя (медицинской организации) или профильную медицинскую организацию 4–5-го уровней направляются:

- пораженные с закрытой травмой головного мозга, не нуждающиеся в хирургическом лечении;
- пораженные с контузиями средней и тяжелой степени;
- лица с острыми реактивными состояниями, требующими специализированного лечения у психиатра;
- пораженные БОВ или АХОВ и бактериальными токсинами с осложнениями со стороны нервной системы;
- больные неврологического профиля (невриты, заболевания периферической нервной системы);
- больные психиатрического профиля.

6. В инфекционное отделение госпиталя (медицинской организации) для легкораненых (3-й уровень) направляются:

- инфекционные больные легкой и средней степени тяжести, не нуждающиеся в применении сложных диагностических методов и длительном лечении (острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, острый тонзиллит, грипп, пищевые токсикоинфекции и др.).

7. В инфекционное отделение госпиталя (медицинской организации) или профильную медицинскую организацию 4–5-го уровней направляются:

- все инфекционные больные тяжелой степени, с осложненным и/или атипичным течением заболевания, нуждающиеся в применении сложных диагностических методов, длительном лечении, в том числе с применением высокотехнологических методов;
- при необходимости — больные особо опасными инфекциями, пораженные биологическим оружием.

8. В туберкулезное отделение госпиталя (медицинской организации) или профильную медицинскую организацию 4–5-го уровней направляются:

- больные туберкулезом органов дыхания;
- больные туберкулезом других органов и систем.

9. В терапевтические отделения многопрофильного госпиталя (медицинской организации) 4–5-го уровней направляются:

- пораженные БОВ или АХОВ в комбинации с ранением (травмой, ожогом) при преобладании первого компонента;
- обожженные тяжелой и средней степени при наличии у них ОЛБ не менее II степени тяжести;
- лица с комбинированными поражениями, включающими ранение (травму) и ОЛБ не менее II степени тяжести.

Все лица с другими вариантами комбинированных поражений направляются **в хирургические отделения многопрофильного госпиталя (медицинской организации) 4–5-го уровней.**

10. В отделение для обожженных госпиталя (медицинской организации) или профильную медицинскую организацию 4–5-го уровней эвакуируют пораженных БОВ кожно-нарывного действия с распространенными буллезно-некротическими дерматитами, а также МЛП III–IV степени тяжести, требующими хирургического лечения.

11. В нейрохирургическое отделение госпиталя (медицинской организации) или профильную медицинскую организацию 4–5-го уровней эвакуируют пораженных БОВ кожно-нарывного действия с тяжелыми повреждениями глаз.

Этими же показаниями следует руководствоваться и при направлении пораженных (больных, раненых) в специализированные отделения ВМО и медицинских организаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения.

1.7. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЬНЫМ

Особенностью организации медицинской помощи пациентам инфекционного профиля является необходимость проведения комплексных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предотвращение распространения инфекционных заболеваний.

Основными задачами оказания медицинской помощи по профилю «инфекционные болезни» на догоспитальном этапе (в войсковом и флотском звене медицинской службы) являются: **раннее и активное выявление, медицинская сортировка** в эпидемических очагах пациентов инфекционного профиля (подозрительных на инфекционное заболевание); своевременная временная **изоляция с последующей эвакуацией** в медицинские организации пациентов с контагиозными инфекциями, а также других инфекционных больных, нуждающихся в стационарном лечении; **проведение неотложных мероприятий медицинской помощи; лечение до конечного исхода** пациентов с легкими, неосложненными формами заболеваний органов дыхания (острое респираторное заболевание, острый тонзиллит и др.).

Раннее активное выявление пациентов инфекционного профиля в воинских коллективах проводят в процессе их повседневной деятельности, а также по эпидемиологическим показаниям при введении в воинской части режимно-ограничительных мероприятий (усиленного медицинского наблюдения, обсервации, карантина).

В результате медицинской сортировки в эпидемических очагах должны быть выделены следующие основные группы пациентов:

- а) подлежащие изоляции и лечению на данном этапе с легким и среднетяжелым неосложненным течением заболевания с учетом нозологии и эпидемиологических показаний;
- б) нуждающиеся в проведении неотложных мероприятий медицинской помощи на данном этапе с подготовкой к последующей эвакуации;
- в) подлежащие дальнейшей эвакуации, так как медицинская помощь на данном этапе им не может быть оказана;
- г) представляющие опасность для окружающих и, следовательно, подлежащие изоляции, санитарной обработке и последующей эвакуации в ВМО, работающие в условиях строгого противоэпидемического режима (СПЭР).

Все пациенты с инфекционными заболеваниями, особенно с особо опасными инфекциями, должны быть изолированы по месту выявления. Изоляцию проводят в изоляторы стационаров медицинских пунктов (медицинских рот) воинских частей, медицинских рот, отдельного медицинского батальона, отдельного медицинского отряда, медицинского отряда специального назначения.

Первоочередной эвакуации в инфекционный стационар подлежат, с учетом транспортабельности, больные с тяжелым течением заболевания и все зараженные высококонтагиозными инфекциями, имеющие признаки поражения органов дыхания. Больных в состоянии средней степени тяжести, больных малоконтагиозными инфекциями и с признаками поражения органов пищеварения эвакуируют во вторую очередь, все остальные категории больных — в третью очередь.

Больные первой группы направляются в инфекционные стационары, где развертываются боксированные отделения для опасных воздушно-капельных инфекций, работающие в условиях СПЭР.

Больные второй группы направляются в инфекционные отделения ВМО и медицинских организаций государственной (муниципальной) системы здравоохранения.

При недостатке «инфекционных» коек возможно их размещение в терапевтических отделениях, переведенных на режим работы инфекционных отделений.

Больных и подозрительных на заболевание особо опасной инфекцией госпитализируют на месте выявления (медицинские подразделения воинских частей и соединений), для чего в очаг выдвигаются специализированные бригады медицинской помощи, подвижные группы специалистов санитарно-эпидемиологического профиля. Эвакуацию пораженных из очага биологического поражения, как правило, не проводят.

В случае необходимости эвакуации больных из очагов особо опасных инфекций (биологического поражения) должно быть обеспечено выполнение требований противоэпидемического режима с целью недопущения распространения инфекции на путях эвакуации и в конечной точке маршрута.

Для изоляции, эвакуации (проведения лечебных мероприятий) высококонтагиозных пациентов используются мобильные автономные модули постоянного объема: транспортный изолирующий бокс, а также боксы для изоляции и лечения.

Пациентов (подозрительных на заболевание) с особо опасными инфекциями, из эндемичных территорий перевозят (в случае принятия решения об эвакуации) транспортом с использованием транспортного изолирующего бокса, оборудованного двумя фильтровентиляционными установками, окнами для визуального мониторинга состояния пациента, двумя парами встроенных перчаток для проведения основных процедур во время транспортировки.

1.8. ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Обеспечение непрерывности, преемственности и последовательности в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий на этапах медицинской эвакуации, своевременное осуществление маневра силами и средствами медицинской службы и принятие других управленческих решений невозможно без качественной организации информационно-статистического сопровождения процесса оказания медицинской помощи пораженным (больным, раненым), включая ведение медицинской документации.

Важнейшими из документов медицинского учета следует считать первичную медицинскую карточку (форма 100 или форма 50) и историю болезни.

Первичную медицинскую карточку заполняют на пораженных и больных, выбывших из строя на срок не менее 1 сут, на том этапе медицинской эвакуации, где им оказывается первая врачебная помощь. Заполненная первичная медицинская карточка имеет юридическое значение.

В первичной медицинской карточке отмечают наименование этапа медицинской эвакуации, выдающего карточку, анкетные данные пораженного (больного, раненого), время поражения (заболевания, ранения), диагноз, оказанную медицинскую помощь, порядок, способ и очередность эвакуации. Диагноз должен отражать характер и степень тяжести поражения (заболевания, ранения), ведущие (угрожающие жизни) синдромы. При необходимости также указывают другие важные клинико-патогенетические особенности поражения (путь поступления БОВ, период ОЛБ и т.п.), влияющие на принятие грамотного сортировочного решения и выбор правильной тактики оказания медицинской помощи. Карточку

подписывает врач, ее заверяют печатью части и вместе с больным (пораженным) доставляют на следующий этап эвакуации.

Оборотную сторону первичной медицинской карточки используют для записей о проведенных лечебных мероприятиях на последующих этапах медицинской эвакуации. Заполнение карточки продолжается до момента оформления истории болезни, после чего ее клеивают в историю болезни между первым и вторым ее листами. Первичную медицинскую карточку пораженного (больного, раненого), оставленного для лечения в команде выздоравливающих (сроком не более 5 сут), можно использовать на этапе медицинской эвакуации как историю болезни, при этом динамику заболевания ежедневно отмечают на обороте карточки.

Заполненный корешок первичной медицинской карточки оставляют на этапе медицинской эвакуации и используют как отчетный документ, в том числе для составления очередного донесения по медицинской службе.

Историю болезни оформляют на этапах медицинской эвакуации на госпитализированных пораженных (больных, раненых) со сроками лечения более 5 сут.

Историю болезни оформляют один раз и ведут до определившегося исхода. При эвакуации пораженного (больного, раненого) в другое лечебное учреждение историю болезни доставляют вместе с ним в эвакуационном конверте.

В интересах информационно-статистического сопровождения организации терапевтической помощи на этапах медицинской эвакуации при постановке диагноза боевой терапевтической патологии следует руководствоваться классификацией и номенклатурой боевых поражений для статистической медицинской отчетности военного времени. В случае небоевой травмы (отравления) или заболевания диагноз формулируют в соответствии с классификацией и номенклатурой болезней (травм, отравлений), применяемой в мирное время. При комбинированной или сочетанной патологии требуется указать диагнозы всех поражений (заболеваний, ранений), расположив их в порядке значимости (влияния на исход), выделив основное поражение (заболевание, ранение). Именно основное поражение (заболевание, ранение) позволяет отнести пораженного (больного, раненого) к тому или иному классу, группе санитарных потерь.

При поступлении на этап медицинской эвакуации пораженного (больного, раненого) с синдромным диагнозом с целью коррекции лечения и точного определения эвакуационного назначения необходимо стремиться как можно раньше установить нозологический диагноз.

С целью эффективной организации терапевтической помощи на этапах медицинской эвакуации в условиях военных действий нужно отрабатывать отчетные медицинские документы, которые предназначены для сбора информации о санитарных потерях (величине и структуре), движении пораженных (больных, раненых), а также об объеме работы отдельных медицинских подразделений, частей и организаций за определенные периоды времени.

Необходимо помнить, что в условиях боевых действий предусмотрена возможность передачи информации, содержащейся в отчетных медицинских документах, и по техническим каналам связи.

В случаях возникновения чрезвычайных обстоятельств, оказывающих существенное влияние на организацию медицинской помощи (появление очагов массовых санитарных потерь, возникновение санитарных потерь среди личного состава медицинской службы, выявление особо опасных инфекций, применение противником новых видов оружия и др.), представляются внеочередные донесения.

Статистический анализ данных отчетных медицинских документов позволяет старшим медицинским начальникам более рационально использовать подчиненные им силы и средства в интересах повышения качества терапевтической помощи с учетом изменяющейся боевой, тыловой и медицинской обстановки.

1.9. ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПОРАЖЕНИЯМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Военно-врачебную экспертизу военнослужащих, получивших боевую терапевтическую травму, перенесших заболевание или небоевую травму терапевтического профиля, проводят в соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации (ПП РФ) от 04.07.2013 № 565 (далее — Положение о военно-врачебной экспертизе), Методическими рекомендациями начальника Главного центра военно-врачебной экспертизы МО РФ (2022) и Указаниями по военно-полевой терапии (2019).

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» освидетельствование в рамках военно-врачебной экспертизы проводят в целях:

- 1) определения годности к военной службе (приравненной к ней службе), обучению (службе) по конкретным военно-учетным специальностям (специальностям в соответствии с занимаемой должностью);
- 2) установления причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний у военнослужащих (приравненных к ним лиц, граждан, призванных на военные сборы) и граждан, уволенных с военной службы (приравненной к ней службы, военных сборов), с прохождением военной службы (приравненной к ней службы);
- 3) решения других вопросов, предусмотренных законодательством РФ.

В случаях, установленных законодательством РФ, прохождение и проведение военно-врачебной экспертизы являются обязательными. Заключение военно-врачебной экспертизы обязательно для исполнения должностными лицами на территории РФ.

Для проведения военно-врачебной экспертизы в ВС РФ создаются военно-врачебные комиссии (ВВК).

В отдельных случаях ВВК могут создаваться в медицинских организациях государственной (муниципальной) системы здравоохранения, в которых проводятся медицинское обследование (далее — обследование) и лечение военнослужащих.

Военно-врачебная экспертиза предусматривает проведение обследования и медицинского освидетельствования (далее — освидетельствование).

При обследовании проводят комплекс диагностических мероприятий, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб военнослужащего, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, морфологических и иных исследований, предшествующих освидетельствованию. При освидетельствовании изучают и оценивают состояние здоровья и физического развития военнослужащих на момент проведения экспертизы в целях определения их годности к военной службе (приравненной службе), обучению (военной службе) по конкретным военно-учетным специальностям, обучению (службе) по специальностям в соответствии с занимаемой должностью, решения других вопросов, предусмотренных законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, Положением о военно-врачебной экспертизе, нормативными правовыми актами МО РФ, других федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба (приравненная служба), с учетом результатов ранее проведенного обследования и с вынесением письменного заключения.

Освидетельствование военнослужащих, граждан, проходящих военные сборы, и сотрудников, получивших в период прохождения военной службы (приравненной службы) и военных сборов увечье, заболевание, проводят для определения

категории годности к военной службе (приравненной службе) при определившемся врачебно-экспертном исходе.

Под определившимся врачебно-экспертным исходом понимают такое состояние здоровья, когда результаты обследования и лечения дают основание ВВК вынести заключение о категории годности к военной службе (приравненной службе) и когда дальнейшее лечение не приведет к изменению категории годности к военной службе (приравненной службе).

У военнослужащих с тяжелым и крайне тяжелым течением поражений и заболеваний терапевтического профиля, сопровождавшимся длительным лечением в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), в некоторых случаях может не произойти полного восстановления бое-, трудоспособности. Тогда при выявлении у военнослужащих признаков стойкой утраты бое-, трудоспособности после проведения всех лечебных и реабилитационных мероприятий они направляются на освидетельствование для решения вопроса об их категории годности к военной службе.

При наличии у военнослужащего стойких последствий поражений (отравлений) компонентами ракетного топлива, иными высокотоксичными веществами, токсичными химикатами, относящимися к химическому оружию, и другими токсическими веществами, острого или хронического воздействия электромагнитного поля в диапазоне частот от 30 кГц до 300 ГГц, оптических квантовых генераторов, лазерного излучения, ИИ, других внешних причин медицинское освидетельствование проводят в соответствии со статьей 84 раздела II Расписания болезней приложения № 1 к Положению о военно-врачебной экспертизе (далее — Расписание болезней) в зависимости от степени восстановления функций органов и систем.

При проведении медицинского освидетельствования врачебно-экспертный диагноз формулируют с учетом общепринятых требований к формулировке диагноза поражений и заболеваний терапевтического профиля с обязательным указанием тех функциональных нарушений, которые имеют место на момент проведения медицинского освидетельствования и степени их выраженности.

Одновременно с проведением освидетельствования военнослужащих, перенесших поражения или заболевания терапевтического профиля, ВВК выносит заключение о причинной связи с выполнением обязанностей военной службы, в том числе участием в боевых действиях.

При определении причинной связи ВВК рассматривает справку о травме (при наличии) и соответствующие медицинские документы (форма 100 или 50, история болезни), а также другие документы, подтверждающие нахождение военнослужащего в зоне военного конфликта и участие в боевых действиях, характеризующие обстоятельства получения и вид терапевтической травмы (заболевания).

Заключение о причинной связи увечья, заболевания в зависимости от обстоятельств их получения выносится в формулировках, предусмотренных пунктом 94 раздела IX Положения о военно-врачебной экспертизе.

При необходимости в отношении военнослужащих, перенесших поражение (отравление) или заболевание терапевтического профиля, выносится заключение ВВК о тяжести увечья. При этом следует руководствоваться Перечнем увечий (ранений, травм, контузий), относящихся к тяжелым или легким, при наличии которых принимается решение о наступлении страхового случая по обязательному государственному страхованию жизни и здоровья военнослужащих, утвержденным ПП РФ от 29.07.1998 № 855 «О мерах по реализации Федерального закона «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной

системы, сотрудников войск национальной гвардии Российской Федерации, сотрудников органов принудительного исполнения Российской Федерации»».

Таким образом, заключение ВВК включает три составляющие:

- 1) медицинскую — устанавливается врачебно-экспертный диагноз;
- 2) социальную — выявляется причинная связь увечья, заболевания с прохождением военной службы, а в отдельных случаях — тяжесть увечья;
- 3) юридическую — определяется категория годности к военной службе.

Военнослужащие с подтвержденными случаями поражений (заболеваний) терапевтического профиля среднетяжелого, тяжелого, крайне тяжелого течения после лечения в стационарных условиях по результатам медицинского освидетельствования направляются в санаторно-курортные организации для проведения МР.

В таких случаях в дополнение к заключению ВВК о временной негодности к военной службе одновременно выносится заключение о необходимости предоставления бесплатной МР в конкретной санаторно-курортной организации.

Заключение ВВК о необходимости бесплатной МР в санаторно-курортной организации после лечения в стационарных условиях при освидетельствовании военнослужащих составляются по формам, определенным приложением № 1 к Порядку оформления заключений ВВК, созданных в ВС РФ (приложение № 3 к приказу Министра обороны РФ от 18.01.2021 № 21) в двух экземплярах [первый приобщают к заявке на проведение бесплатной МР, второй направляют командиру воинской части (организации), в которой военнослужащий проходит военную службу].

Обследование и освидетельствование в рамках военно-врачебной экспертизы граждан, пребывающих в добровольческих формированиях, определение причинной связи увечий, заболеваний граждан, пребывающих (пребывавших) в добровольческих формированиях, осуществляют в соответствии с ПП РФ от 03.02.2023 № 157 «О внесении изменений в Положение о военно-врачебной экспертизе».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

