

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

Муляр В.Ф., Таран О.В., Березовський В.С.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

ТЕМА : медична служба родів сил Військово-Морських Сил.

**м. Запоріжжя
2013р.**

Навчальний посібник розглянуто і затверджено на методичному засіданні кафедри медицини катастроф, нейрохірургії та військової медицини

(протокол № 6 від 17.01.13)

циклової методичної комісії з медичних дисциплін

(протокол № 3 від 18.01.13)

Центральної методичної Ради ЗДМУ

(протокол № 3 від 22.01.13)

Автори: Муляр В.Ф., Таран О.В., Березовський В.С.

НАВЧАЛЬНА МЕТА: ознайомити студентів із задачами та організацією медичного забезпечення родів сил Військово-Морських Сил, основними завданнями медичної служби родів сил Військово-Морських Сил, організаційно-штатною структурою медичної служби родів сил Військово-Морських Сил.

ЧАС: 2 години

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: аудиторія № 221

ЛІТЕРАТУРА:

1. Вибрані лекції з організації медичного забезпечення флоту/ Під ред. Кононенка В.В. – Одеса, 1997. – 157с.
2. Вибрані питання медичного забезпечення військово-морських баз/ Під ред. Кононенка В.В. – Одеса, 1999. – 150с.
3. Основы организации медицинского обеспечения войск и военно-морских сил/ Под ред. проф. Молчанова В.И. – Симферополь: Атлас-Компакт, 2005. – 312с.
4. Основы организации медицинского обеспечения армии и флота/ Под ред. Потемкина Н.Т. – М., 1983 – 448с.
5. Усаткин І.А., Попов А.Д. – Избранные вопросы организации медицинского обеспечения Военно-Морских Сил в современных условиях: Учебное пособие для студентов. – 1995. – 39с.

УЧБОВІ ПИТАННЯ:

1. Сили і засоби медичної служби для розгортання РПМД аеродрому.
2. Склад медичної групи рятувальних підрозділів створених в авіаційних частинах.
3. Вид медичної допомоги, що надається на ПМД авіаційного гарнізону.
4. Вид медичної допомоги, що надається в авіаційному лазареті.
5. Медична служба авіаційної бази.
6. Частота періодичних медичних оглядів льотного складу.
7. Етап медичної евакуації, що розгортається в службово-технічній зоні аеродрому.
8. Порядок проведення предпольотного медичного огляду льотчиків.
9. Порядок проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в авіаційному гарнізоні.
10. Порядок евакуації поранених і хворих після надання їм медичної допомоги в авіаційному лазареті.
11. Завдання медичної служби військ берегової оборони.
12. Підрозділи медичної роти бригади берегової оборони.
13. Порядок евакуації поранених і хворих з медичної роти бригади берегової оборони.
14. Умови діяльності медичної служби морської піхоти.
15. Завдання медичної служби морської піхоти при підготовці до забезпечення бойових дій.
16. Завдання медичної служби морської піхоти в період ведення бойових дій.
17. Організація медичної служби морської піхоти.

Організація медичного забезпечення авіації ВМС.

У оборонній військовій доктрині України при відбитті агресії супротивника у військовий час авіації флоту виділено значне місце. Швидкохідність, значна дальність дії, висока маневреність і здатність нести літальними апаратами різні види озброєння дозволили покласти на авіацію флоту України завдання по захисту і обороні державного кордону.

Головними з них є:

- розвідка пересування сухопутних і морських сил вірогідного супротивника;
- завдання зустрічних ударів по супротивникові;
- руйнування його військових і промислових об'єктів;
- охорона і оборона своїх сил від нападу з повітря;
- перевезення особового складу, техніки і майна.

Ці завдання вирішуються силами морської, ракетноносної, винищувальної, протичовнової і транспортної авіації.

У роки 2-ої світової війни авіація внесла корінні зміни до боротьби на морі. Нею було потоплено більше 40% підводних човнів країн фашистської коаліції, знищено 20% транспортних судів супротивника.

Підрозділи авіації флоту можуть використовуватися в найрізноманітніших цілях як самостійно, так і у взаємодії з іншими видами сил флоту і армії. Один з найважливіших напрямів використання авіації - використання її в цілях медичної служби:

- для порятунку екіпажів кораблів і літальних апаратів в морі;
- для проведення медичної евакуації поранених і хворих;
- для доставки на кораблі в море і інші труднодоступні місця сил і засобів медичної служби.

У вирішенні цих відповідальних завдань значне місце належить медичному забезпеченню, яке направлене на підтримку високої бойової готовності особового складу частин авіації флоту.

Особливості медичного забезпечення авіації флоту.

Бойова діяльність авіації флоту має особливості, які необхідно враховувати при плануванні і організації медичного забезпечення:

1. Обмеженість районів базування авіації

Авіація може базуватися тільки на певних, спеціально обладнаних ділянках суші або моря - аеродромах і гідроаеродромах.

Для медичної служби ця особливість означає можливість завчасно вивчити мережу аеродромів, обладнати етапи медичної евакуації, спланувати лікувально-евакуаційні заходи в умовах застосування супротивником зброї масового ураження.

2. Віддаленість авіаційних гарнізонів від пунктів базування сил флоту і великих населених пунктів, яка визначає:

- ізолюваність етапів медичної евакуації авіаційних гарнізонів від основних евакуаційних напрямів;

- ускладнення маневру силами і засобами медичної служби;
- необхідність організації надання в авіаційному гарнізоні не тільки 1-ої лікарської, але і кваліфікованої медичної допомоги.

3. Виділення на території авіаційного гарнізону три різних по завданнях спеціально обладнаних зон, віддалених один від одного на 3-6км:

- льотного поля із злітно-посадочною смугою і місцями стоянок літаків;
- службово-технічної зони;
- казармено-житлового містечка.

Розосереджене розміщення особового складу по зонах сприяє зниженню кількості санітарних втрат, особливо від зброї масового ураження в гарнізоні і підвищує стійкість організації медичного забезпечення.

4. Ізольованість льотного екіпажа в повітрі.

В умовах польоту на сучасних літаках в більшості випадків члени екіпажа роз'єднані. Тому, поки літак не приземлиться, надання медичної допомоги екіпажу практично виключено і можливо тільки у вигляді само- або взаємодопомоги. Отже, у польоті надання медичної допомоги членові екіпажу пов'язане з великими труднощами.

В даний час розроблені способи зупинки кровотечі самозатискаючими джгутами і накладення пов'язок без звичайного бинтування.

5. Нерівномірність появи санітарних втрат серед особового складу і їх віддаленість від аеродрому (гідроаеродрому)

Авіація виконує бойові завдання в різних районах над сушею і морем, на значному видаленні від аеродромів. У районах бойових дій можливі основні пошкодження літаків, що супроводжуються втратами в льотному складі.

Медична служба готує льотний склад до надання першої медичної допомоги у польоті, забезпечує екіпажі аптечками бортовими АБ-3, перевіряє наявність аварійного запасу продуктів. У разі аварії бере безпосередню участь в пошукових і аварійно-рятувальних заходах з метою своєчасного надання медичної допомоги.

6. Високі вимоги до стану здоров'я льотного складу

Польоти на сучасних літаках пред'являють високі вимоги до стану здоров'я, витривалості і працездатності льотного складу. Льотчики повинні мати добре розвинену увагу, пам'ять, вольові і інші психофізіологічні якості.

Розрідження повітря і холод на висоті, перепади барометричного тиску, прискорення, шум, вібрація часто виходять за межі можливої переносимості людського організму, що призводить до авіаційної аварійності.

У контексті останнього до специфічних особливостей діяльності льотного складу відносяться:

- надзвичайна швидкість і раптовість зміни клімато-метеорологічних умов проживання льотчика. За декілька хвилин підйому на висоту перепад

температури повітря може доходити до 50-70 градусів, барометричний тиск знижується в 4-6 і більше разів, в порівнянні з величиною над рівнем моря, спричиняючи розвиток явищ кесонної хвороби;

- вміст кисню в атмосферному повітрі падає, що може привести до явищ гострої асфіксії;
- надзвукова швидкість вимагає від льотчика швидких, точних і розрахованих рухів;
- дія прискорення і центрифужної сили викликає гемодинамічні розлади за рахунок судинних рефлексів з боку вестибулярного апарату і зміни гідростатичного тиску самої крові;
- значна психо-емоційна напруженість льотчика повинна враховуватися в кожному польоті і, особливо при виконанні бойового завдання.

Прикладом ілюзії просторового положення є випадок з льотчиком П., він виконував політ по колу в порівняно простих метеоумовах. В період польоту льотчик П. сприйняв три білі наземні джерела світла за аеронавігаційні вогні літака, що йде нібито зустрічним курсом. Льотчик П. передав на борт уявного літака, щоб командир оглядівся і змінив курс літака. Оскільки у цей момент літак знаходився в розвороті, льотчикові П. здалося, що після цього запиту по радіо уявний літак дійсно змінив курс і пішов убік. Лише після польоту льотчик П. усвідомив, що на літаку не може бути трьох білих аеронавігаційних вогнів.

Для зменшення дії несприятливих чинників у польоті льотний склад використовує висотно-компенсуючі костюми, киснево-дихальну апаратуру. На борту літака є індивідуальні і колективні рятувальні засоби.

7. Широкі можливості повітряної евакуації поранених і хворих.

У певних умовах обстановки медична служба має можливість в організації і здійсненні лікувально-евакуаційних заходів в авіаційному гарнізоні використовувати для повітряної евакуації авіаційні засоби. Найчастіше це санітарні вертольоти (МІ-6, МІ-8), транспортні літаки (АН-12), учбово-тренувальні і ін. Це дозволяє у ряді випадків направляти поранених і хворих з аеродромів, місць вимушених посадок літаків безпосередньо до спеціалізованих лікувальних установ флоту. У цих випадках кількість етапів медичної евакуації, як правило, скорочується.

8. Відсутність тилових підрозділів в льотних частинах

Штатних сил і засобів медичної служби льотній частині недостатньо для проведення лікувально-евакуаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і інших заходів. Тому для виконання комплексу заходів притягуються сили і засоби медичної служби авіаційно-технічної бази.

За організацію взаємодії медичних служб льотних і забезпечуючих частин в авіаційному гарнізоні відповідає начальник медичної служби гарнізону.

Завдання, організаційна структура медичної служби авіації флоту.

Особливості медичного забезпечення авіації флоту визначають специфіку завдань медичної служби:

- організація і своєчасне проведення лікувально-евакуаційних,

- лікувально- профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в авіаційних гарнізонах;
- медичне забезпечення польотів;
- участь в пошуку і наданні медичної допомоги льотним екіпажам, що зробили вимушену посадку, покинули літак в районі аеродрому або в безпосередній близькості від нього (10-15км.);
- організація і проведення медичних заходів щодо захисту поранених і хворих, медичного складу, особового складу авіаційних гарнізонів від ЗМУ;
- організація бойової і спеціальної підготовки медичного складу, медична підготовка особового складу авіаційного гарнізону;
- постачання медичним майном;
- ведення медичного обліку і звітності.

Медичною службою авіації флоту *керує начальник медичної служби морської авіаційної групи*. Він безпосередньо підпорядковується командирові морської авіаційної групи, а по спеціальним питанням — начальнику медичної служби флоту. У безпосередньому підпорядкуванні начальника медичної служби морської авіаційної групи знаходиться кабінет авіаційної медицини (КАМ), а по спеціальним (медичним) питанням йому підпорядковуються начальник медичної служби авіаційній частині, начальник медичної служби авіаційно-технічної бази.

У авіаційному гарнізоні медичною службою керує начальник медичної служби гарнізону.

Принцип гарнізонного підпорядкування медичних служб начальникові медичної служби авіаційного гарнізону є найбільш характерним для авіації флоту. Він дозволяє оперативно керувати силами і засобами медичних служб гарнізонів з метою максимального використання їх для медичного забезпечення льотного складу в різних умовах обстановки.

Кабінет авіаційної медицини (КАМ) з барокамерою (лікар, фельдшер, і технік — механік барокамери). Кабінет призначений для проведення тренувань і висотних випробувань. У барокамері здійснюються висотні випробування до 5 тис. метрів без використання кисневої маски, вони проводяться з метою виявлення індивідуальної переносимості льотчиком помірних ступенів кисневого голодування. Висотні випробування до 10 тис. метрів проводяться з використанням для дихання кисневої маски з метою виявлення непереносимості льотчиком перепадів повітряного тиску.

Медична служба авіаційній частині.

Має в своєму складі начальника медичної служби, лікаря-фахівця і фельдшера. Начальник медичної служби безпосередньо підкоряється командирові авіаційної частини. У вертолітних частинах є рятувальна авіаційна ескадрилія, в штаті якої є лікар-фахівець і 3 фельдшери, які забезпечують цілодобове чергування медичного складу.

Начальник медичної служби відповідає:

- за організацію медичного забезпечення польотів;

- за своєчасне проведення заходів щодо збереження здоров'я і працездатності льотних екіпажів;
- за виявлення осіб, які за станом здоров'я не можуть бути допущені до польотів і керівництва польотами.

Крім того, начальник медичної служби проводить заняття з льотним складом з фізіолого-гігієнічних особливостей польотів, контролює режим і якість живлення, перевіряє наявність бортового пайку і аварійного запасу продуктів, засобів само- і взаємодопомоги, приймає заходи до їх поповнення. Здійснює контроль за дотриманням льотними екіпажами передполітного режиму відпочинку, організовує надання першої лікарської допомоги на аеродромі. Бере участь в пошуку, наданні медичної допомоги і евакуації екіпажів літаків, потерпілих аварію.

Сили і засоби медичної служби авіаційно-технічної бази (АТБ).

Медична служба АТБ призначена для всестороннього медичного забезпечення особового складу авіаційних частин, що базуються на даному аеродромі, особового складу АТБ і окремих частин (підрозділів) обслуговування, що не мають штатного медичного складу. Очолює начальник медичної служби АТБ, який безпосередньо підпорядкований командирові АТБ, а по спеціальних питаннях — начальнику медичної служби морської авіаційної групи і начальнику медичної служби гарнізону. Він забезпечує розгортання, оснащення і устаткування етапів медичної евакуації.

У АТБ є авіаційний лазарет на 35-40 ліжок, очолюваний лікарем, з амбулаторією або поліклінікою, в штаті якої декілька лікарів фахівців.

У розпорядженні медичної служби АТБ є санітарний транспорт і дезінфекційно-душова установка на базі автомобіля (ДДА).

Для керівництва загальними медичними заходами і організації взаємодії медичної служби авіаційних і авіаційно-технічних підрозділів і частин призначається начальник медичної служби авіаційного гарнізону. Він організовує лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи в масштабі гарнізону. У великих гарнізонах для організації і проведення спеціальних медичних заходів наказом начальника гарнізону призначаються нештатні фахівці: епідеміолог, радіолог, інфекціоніст. Для проведення медичного огляду особового складу створюється гарнізонна лікарсько-льотна комісія (ЛЛК).

Медичне забезпечення польотів, пошукових і рятувальних робіт при вимушених посадках.

У загальній системі забезпечення польотів важливу роль грають медичні заходи.

Медичне забезпечення польотів — система заходів, направлених на збереження здоров'я, підвищення працездатності і витривалості льотного

складу в цілях успішного виконання завдань бойової підготовки і забезпечення безпеки польотів.

Медичне забезпечення польотів в авіаційній частині організовує начальник медичної служби, використовуючи сили і засоби медичної служби АТБ. Заходи медичної служби щодо забезпечення польотів можна розділити на три групи:

- в період безпосередньої підготовки польотів;
- при проведенні польотів;
- після виконання льотно завдання.

При безпосередній підготовці польотів медична служба частині вивчає особливості майбутніх польотів, бере участь у визначенні льотного навантаження для кожного члена екіпажа з урахуванням стану здоров'я і індивідуальних психологічних якостей. Перевіряється якість кисню, гігієнічний стан і підгонка спеціального спорядження і обмундирування, контролюється стан недоторканного аварійного запасу, бортових аптечок, виробляються рекомендації по організації режиму праці, відпочинку і живлення льотних екіпажів на майбутні польоти. Відповідальним заходом медичної служби в цей період є проведення (не раніше, ніж через за 2 години до вильоту) передпольотного медичного огляду екіпажів, який включає:

- опит самопочуття і з'ясування умов дотримання предпольотного режиму відпочинку і підготовки;
- вимірювання температури тіла;
- дослідження пульсу і вимірювання АД;
- огляд зіву і перевірка носового дихання.

Льотний склад підлягає усуненню від польотів у випадках:

- стійкого почастишання пульсу понад 90 ударів за хвилину;
- зниження частоти пульсу до 50 і менше ударів за хвилину;
- підвищення систоли АД понад 140 мм.рт.ст;
- пониження систоли АД менше 100 мм.рт.ст;
- підвищення температури тіла понад 37 градусів;
- гострих запальних явищ з боку слизових дихальних шляхів, очей, шкіри.

Перед польотами, за 1-1,5 години до початку, медична служба АТБ розгортає рухомий пост медичної допомоги (РПМД) аеродрому на чолі з фельдшером (лікарем). РПМД призначається для надання медичної допомоги льотному, інженерно-технічному складу, що знаходиться безпосередньо на аеродромі в період польотів. Крім того, він бере участь в пошуку льотних екіпажів, що зробили вимушену посадку або що покинули літак в районі аеродрому, базування авіаційної частини або в безпосередній близькості від нього (до 15 — 20км.). У разі потреби надає медичну допомогу постраждалим.

На оснащенні РПМД є санітарний автомобіль, укомплектований необхідним медичним майном (укладання чергового лікаря, комплект польовий фельдшерський (ПФ), перев'язувальні засоби, набір шин,

санітарно-господарське майно). У спеціальне оснащення входять носилки санітарні, щит для поранених з пошкодженнями хребта, комплект постільної білизни, сходи, вогнегасник, ліхтар і ін.

На гідроаеродромі розгортають два ППМП: один на березі, інший на катері аварійно-рятувальної служби. Катер оснащується необхідними засобами для порятунку потоплюючих, обігрів їх і надання медичної допомоги. Після надання пострадавшим медичної допомоги їх евакуювали на пост медичної допомоги (ПМД) авіаційного гарнізону.

По завершенню польотів начальник медичної служби авіаційній частині перевіряє правильність використання льотним складом спеціального спорядження. У цей період проводиться післяполітний огляд екіпажів.

Одним із завдань медичної служби авіаційних частин є організація медичного забезпечення пошукових аварійно-рятувальних робіт. Ці роботи організовуються відряджанням авіації флоту і проводяться пошуково-рятувальними підрозділами. До складу цих груп обов'язково включається лікар або фельдшер із засобами для надання медичної допомоги.

Для пошуку і евакуації постраждалих можуть використовуватися всі види транспорту і, перш за все, літаки і вертольоти. Для порятунку екіпажів літаків, що терплять лихо над морем, використовуються також надводні кораблі і підводні човни.

На випадок падіння літака в море передбачені спеціальні засоби, які складають недоторканий аварійний запас (набір продуктів на 3-5 днів, запас води із засобами для її знезараження і опріснення, аптечки першої медичної допомоги), засоби сигналізації і зв'язку (малогабаритна приймально-передавальна радіостанція, сигнальні патрони, електроліхтар), засоби для орієнтування на місцевості, індивідуальний надувний човен.

Засоби порятунку особового складу, що опинився у воді, можуть бути скинуті з літаків і вертольотів в спеціальному укладанні.

Особливості медичного забезпечення палубної авіації.

Проведення медичних заходів при підготовці до походу покладається на начальника медичної служби авіаційній частині. У цей період проводиться медичний огляд льотного складу, у якого термін дії вирішення ЛЛК закінчується в період плавання. Решті осіб льотного складу проводять поглиблений медичний огляд і оформляють на них медичну документацію. Авіаційний лікар корабля приймає документацію на льотний склад, що йде в похід, вивчає її і в необхідних випадках проводить ознайомлювальний огляд.

В період походу медичне забезпечення авіаційної частини, що базується на авіаносному кораблі, здійснює медична служба корабля. У цей період авіаційний лікар корабля або начальник медичної служби авіаційній частині, який, як правило, йде з авіаційною групою в плавання, проводить:

- щомісячні, щоквартальні, передпольотні, міжпольотні і післяпольотні медичні огляди льотного складу;
- лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи з

- урахуванням впливу несприятливих чинників походу;
- контроль за режимом праці і відпочинку льотного складу;
 - вивчає адаптаційні процеси у льотного складу, динаміку їх працездатності в умовах походу.

Під час польотів авіаційний лікар корабля знаходиться на корабельному командному пункті керівництва польотами і здійснює медичний контроль за станом здоров'я льотного складу в процесі виконання польотів шляхом прослуховування радіообміну керівника польотів з екіпажами. При цьому звертається увага на можливу появу скарг про погіршення самопочуття або працездатності у польоті.

Для надання медичної допомоги льотному складу в період польотів начальник медичної служби корабля в районі польотної палуби розгортає медичний пост з черговим лікарем (фельдшером) і необхідним медичним майном. В період проведення польотів передбачається виділення рятувального вертольота.

По завершенню польотів авіаційний лікар корабля узагальнює дані медичного контролю за станом здоров'я льотного складу, оформляє необхідну медичну документацію і передає її начальникові медичної служби авіаційній частині, звертаючи особливу увагу останнього на особливості перебігу адаптаційних процесів і динаміку працездатності льотчиків в умовах тривалого морського походу.

Організація лікувально - евакуаційних заходів в авіаційному гарнізоні.

Лікувально-евакуаційні заходи авіації флоту проводяться на основі загальних принципів, прийнятих на флоті. Але вони мають і деякі особливості, обумовлені своєрідністю її базування і бойової діяльності:

- бойова організація медичної служби авіаційних частин будується за гарнізонним (територіальним) принципом;
- у польотах санітарні втрати серед екіпажів будуть невеликі і істотного впливу на організацію ЛЕЗ в авіаційному гарнізоні не нададуть;
- максимальні санітарні втрати авіації флоту при застосуванні супротивником ЗМУ слід чекати в пунктах базування сил авіації.

По досвіду Великої Вітчизняної війни для авіації флоту було характерне превалювання безповоротних втрат над санітарними втратами в співвідношенні 3:1- 4:1.

Бойові санітарні втрати серед особового складу виникали в результаті дії зенітної артилерії супротивника (до 70%), льотних подій (20-22%), бойової дії по аеродромах (3-5%) і інших причинах.

У сучасних умовах при застосуванні супротивником зброї масового ураження по аеродромах втрати серед особового складу авіаційних гарнізонів будуть вищими, ніж в попередніх війнах і локальних конфліктах. Це положення визначає можливість проведення лікувально-евакуаційних заходів в авіаційному гарнізоні по двох основних варіантах:

- при виникненні вогнища санітарних втрат, що не перевищують можливості медичної служби в гарнізоні;
- при виникненні вогнища масових санітарних втрат, що значно перевищують можливості медичної служби гарнізону.

У першому варіанті у польоті при пораненнях виявляється лише перша медична допомога у вигляді само- і взаємодопомоги, для чого екіпажі багатомісних літаків і вертольотів забезпечуються аптечками бортовими (АБ). Перша медична допомога особовому складу гарнізону виявляється в порядку само- і взаємодопомоги і бойовими санітарами

Долікарська медична допомога на аеродромі виявляється силами рухомого поста медичної допомоги (РПМД), після чого поранені і хворі евакуюються на пост медичної допомоги (ПМД) авіаційного гарнізону, де їм надається перша лікарська допомога. Кваліфікована медична допомога в житловій зоні аеродрому надається в авіаційному лазареті. Подальша евакуація поранених і хворих здійснюється за межі авіаційного гарнізону у військово-морський госпіталь (базовий лазарет), де розгортається відділення для льотного складу. Воно необхідне для надання кваліфікованої медичної допомоги і огляду льотного складу після одужання.

У другому варіанті при ліквідації наслідків застосування супротивником зброї масового ураження в авіаційному гарнізоні медична служба працюватиме у складі аварійно-рятувальних підрозділів як безпосередньо у вогнищі, так і на його межі. Передбачається, що кількість санітарних втрат складатиме 100-300 чоловік. В цьому випадку РПМД надаватимуть ураженим долікарську допомогу безпосередньо у вогнищі. ПМД авіаційного гарнізону і авіаційний лазарет, розосереджені в службовій і житловій зоні, розгортатимуться як пункти збору уражених (ПЗУ) для надання першої лікарської допомоги за невідкладними показниками, а по можливості і в повному об'ємі.

Надання ураженим першої лікарської допомоги в повному об'ємі і кваліфікованої за невідкладними показниками здійснюється шляхом висунення в авіаційний гарнізон спеціальних медичних формувань: медичного загону спеціального призначення (МЗСП), військово-морського багатопрофільного госпіталю (ВМБГ) і інших рухомих медичних установ. Можлива також евакуація уражених повітряним транспортом до лікувальних установ ВМБ або госпітальну базу флоту для надання кваліфікованої медичної допомоги.

Як варіант лікувально-евакуаційних заходів може бути використана евакуація уражених в медичні формування сухопутних військ: військово-польовий рухомий госпіталь медичної бригади корпусу, рухомі госпітальні бази оперативного командування.

Організація медичного забезпечення військ берегової оборони.

Війська берегової оборони є одним з видів сил ВМС. Вони призначені для вирішення бойових завдань як самостійно, так і після взаємодії з іншими видами сил ВМС і іншими видами Зброєних Сил.

Основні завдання військ берегової оборони ВМС:

- прикриття від ударів з моря об'єктів базування, берегових об'єктів і морських прибережних комунікацій;
- завдання ударів по транспорту і конвоям супротивника;
- прикриття угруповань військ приморського району від ударів супротивника з моря;
- відбиття висадки морських десантів супротивника.

Війська берегової оборони для виконання цих завдань складаються з ракетних частин і частин берегової артилерії. Вони представлені стаціонарними або рухомими береговими ракетними (артилерійськими) частинами (підрозділами), які входять до складу тактичного з'єднання - окремої бригади берегової оборони.

На організацію медичного забезпечення військ берегової оборони робить вплив наявність в їх складі стаціонарних і рухомих частин (підрозділів).

Позиції стаціонарних частин обладнані довготривалими фортифікаційними спорудами, що забезпечує надійніший захист від дії бойових засобів супротивника.

Рухомі частини (підрозділи), володіючи великою маневреністю, можуть бути обладнані лише засобами польової фортифікації. Вони здатні в короткі терміни зосередитися на потрібному напрямі або вийти з-під ударів супротивника. Ступінь рухливості істотно впливає на організацію ЛЕМ, проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Медична служба стаціонарних частин (підрозділів) має можливість завчасно обладнати спеціальні приміщення для медичних пунктів, намітити і підготувати шляхи евакуації.

На діяльність медичної служби впливатиме склад і бойові порядки військ берегової оборони. Розосередження органів управління, частин і підрозділів на відносно великій території, їх віддаленість від основних пунктів базування і гарнізонів флоту, - значно ускладнюють організацію збору і винесення (вивозу) поранених, надання їм медичної допомоги.

При розташуванні військ берегової оборони на островах і в складнодоступних районах узбережжя виникає необхідність широкого використання авіації (особливо вертольотів), морських евакуаційно-транспортних засобів і сухопутного транспорту підвищеної прохідності. У таких умовах діяльності велике значення має відробіток взаємодії з медичними службами інших видів сил ВМС і видів ЗС, спільно з якими вони виконують бойові завдання.

Наявність на озброєнні військ берегової оборони ракетної зброї і насиченість різними технічними засобами сприяє виникненню специфічних захворювань у особового складу, визначаючи необхідність проведення медичною службою комплексу лікувально-профілактичних заходів.

По досвіду Великої вітчизняної війни санітарні втрати на батареях берегової артилерії склали за період бою від 2 до 8% від чисельності особового складу.

В даний час вірогідні санітарні втрати від звичайної зброї в стаціонарних частинах (підрозділах) складуть 10-15%, в рухомих - 15-20%.

Завдання і організація медичної служби військ берегової оборони.

Завдання медичної служби:

- збереження і зміцнення здоров'я особового складу, профілактика специфічних уражень і захворювань, обумовлених особливими умовами військової праці;
- організація винесення і вивозу поранених з районів стартових дивізіонів;
- надання першої медичної, долікарської, першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги,
- евакуація поранених і хворих до лікувальних установ флоту і сухопутних військ;
- проведення заходів щодо захисту особового складу від зброї масового ураження і участь в ліквідації наслідків застосування ЗМУ;
- забезпечення частин і підрозділів медичним майном;
- ведення медичного обліку і звітності.

Організація медичної служби.

Медичну службу військ берегової оборони очолює начальник медичної служби окремої бригади берегової оборони, який підкоряється командирові бригади, а по спеціальним (медичним) питанням - начальнику медичної служби флоту. Основним медичним підрозділом бригади є медична рота. До складу медичної роти входять наступні підрозділи: приймально-сортувальне, операційно-перев'язочне, госпітальне відділення, відділення анестезіології і інтенсивної терапії, аптека, відділення збору і евакуації поранених, господарське відділення. Сили і засоби медичної роти дозволяють їй розгорнутися як етап медичної евакуації і надавати пораненим і хворим першу лікарську і кваліфіковану медичну допомогу.

По медичних питаннях начальникові медичної служби бригади підпорядковані начальники медичних служб батальйонів, фельдшери дивізіонів, санітарні інструктори батарей і підрозділів обслуговування.

Перша медична допомога пораненим і хворим надається безпосередньо в підрозділах на стартових (вогняних) і технічних позиціях в порядку само- і взаємодопомоги, а також бойовими санітарами і санітарними інструкторами.

Долікарська медична допомога надається на медичних пунктах дивізіонів, в штаті яких є фельдшер, водій-санітар, санітарний автомобіль УАЗ

Перша лікарська допомога надається в медичних пунктах батальйонів, в штаті яких є лікар, фельдшер, санітарний інструктор, водій-санітар. МПБ оснащені автоперев'язувальними (АП-2), необхідним комплектно-табельним майном.

У бойових умовах медичні пункти батальйонів і дивізіонів розгортаються за бойовими порядками підрозділів.

Перша лікарська і кваліфікована медична допомога надається в медичній роті бригади берегової оборони.

Надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги здійснюється силами і засобами начальника медичної служби флоту. Евакуація поранених і хворих з частин (підрозділів) берегової оборони проводиться транспортними засобами медичної служби флоту. Організація лікувально-евакуаційних заходів передбачає використання в порядку взаємодії сил і засобів медичної служби сухопутних військ, ППО і ЦО, наявних в районі дислокації військ берегової оборони.

Організація медичного забезпечення морської піхоти в бойових операціях ВМС.

Морська піхота як самостійний рід сил ВМС, призначена в основному для дій в морських десантах, крім того, вона може бути використана для оборони окремих ділянок побережжя і важливих об'єктів, для наступальних дій на приморських напрямках у ряді інших випадків.

Морська піхота може висаджуватися як в самостійному десанті, так і у складі морського десанта сухопутних військ, де вона використовується як десантно-штурмові групи передових загонів або першого ешелону морського десанта сухопутних військ, а також у складі тактичного повітряного (вертолітного) десанта. Організаційно морська піхота складається з окремого батальйону морської піхоти, який входить до складу окремої бригади берегової оборони.

Умови діяльності медичної служби морської піхоти

Умови діяльності медичної служби морської піхоти визначаються перш за все характером майбутніх наступальних (висадка морського десанта) або оборонних бойових дій, способом вирішення бойових завдань. Оскільки основою бойових дій морської піхоти є бій на березі, то на етапах підготовки, посадки і переходу морем важливою умовою успішної діяльності медичної служби морської піхоти є збереження і підтримка в готовності до десантування призначених для забезпечення бойових дій на березі сил і засобів медичної служби.

В ході бойових дій на березі основними умовами, що визначають організацію медичного забезпечення морської піхоти є:

- ведення бойових дій в тилу супротивника практично в оточенні (окрім напряму з боку моря) за наявності постійної загрози нанесення супротивником ударів у фланги і тил морського десанта;

- відносна автономність діяльності медичної служби морської піхоти особливо істотна в початковий період бою за висадку, коли бойові дії десанта — штурмових груп і частин першого ешелону до утворення плацдарму висадки ведуться на ізольованих один від одного напрямках;
- значна кількість поранених з'являється до розгортання медичних пунктів морської піхоти;
- високий ступінь напруги і велика динамічність бойових дій визначає необхідність якнайшвидшого збору і вивозу (винесення) поранених з поля бою і їх укриття, організації маневру силами і засобами медичної служби, розгортання етапів медичної евакуації в короткі терміни або їх робота «з ходу»;
- медична служба морської піхоти вимушена організувати свою роботу в умовах постійної вогняної дії супротивника;
- відсутність планомірної евакуації поранених і хворих, особливо в ході бою за висадку, обумовлює необхідність їх тимчасової госпіталізації, а також затримку з наданням спеціалізованою, а часто і кваліфікованою медичній допомозі зі всіма витікаючими наслідками;
- залежність морської і повітряної евакуації поранених з плацдарму від бойових і гідрометеорологічних умов;
- обмеженість медичної служби морської піхоти в силах і засобах і автономність у вирішенні завдань, що виникають в районі висадки в ході бойових дій;
- відсутність достатніх відомостей про санітарно-епідеміологічну обстановку в районі висадки і можливість радіоактивного, хімічного і біологічного зараження району висадки;
- необхідність взаємодії медичної служби морської піхоти з медичними службами інших видів сил ВМС і сухопутних військ при підготовці до десантування і ведення бойових дій на березі.

Однією з найважливіших умов діяльності медичної служби, що визначає організацію медичного забезпечення, є величина і структура санітарних втрат. В ході бойових дій на березі санітарні втрати морської піхоти в наступі можуть складати до 18-26% (з них від ядерної зброї -10-12%), в обороні - 15-23% (від ядерної зброї 10-12%). Санітарні втрати в морській піхоті багато в чому залежатимуть від характеру, напруженості і тривалості бойових дій. Чим маневреніше і стрімкіше бойові дії, тим менше величина санітарних втрат.

Завдання і організація медичної служби морської піхоти.

До основних завдань, що стоять перед медичною службою морської піхоти, при підготовці до медичного забезпечення бойових дій відносяться:

- проведення комплексу лікувально-профілактичних, санітарно-епідеміологічних заходів, забезпечуючих збереження і зміцнення здоров'я особового складу, його працездатність;
- медичний контроль за десантною і бойовою підготовкою;

- підтримка постійної готовності медичної служби до десантування;
- організація медичного забезпечення морської піхоти в районах зосередження і очікування;
- проведення бойової і спеціальної підготовки медичної служби і медичної підготовки особового складу.

В період ведення бойових дій основними завданнями медичної служби морської піхоти є:

- надання першої медичної допомоги пораненим і хворим в період посадки на кораблі (судна);
- участь в наданні долікарської і першої лікарської медичної допомоги на ПМД кораблів (судів) на етапі переходу десанта морем;
- розшук поранених, їх збір і вивіз (винесення) з поля бою, а також евакуація в медичні пункти;
- прийом, медичне сортування, надання долікарської і першої лікарської медичної допомоги у встановленому об'ємі;
- проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів серед особового складу на займаній території.

У виконанні цих завдань беруть участь всі підрозділи медичної служби морської піхоти, а також додані на період бойових дій сили і засоби посилення. Характер, об'єм і зміст заходів, здійснюваних різними ланками медичної служби, неоднакові, і знаходяться залежно від загальної організації медичного забезпечення висадки морського десанта, умов бойової і медичної обстановки.

Медичну службу окремого батальйону морської піхоти очолює начальник медичної служби - начальник МПБ. Основним медичним підрозділом батальйону є медичний пункт батальйону.

У окремих дивізіонах медичні пункти очолюють фельдшери. У ротах, батареях працюють штатні санітарні інструктори.

Санітарні інструктори рот керують роботою бойових санітарів, підготовлених із стрільців у взводах. Санітарні інструктори рот з бойовими санітарами здійснюють розшук поранених, надають їм першу медичну допомогу, вкривають тяжкопоранених, позначають місця їх укриття, направляють легкопоранених в найближчі медичні пункти, організують доставку поранених в медичний пункт батальйону.

Медичний пункт окремого батальйону морської піхоти очолює лікар, в підпорядкуванні якого є фельдшер, санітарний інструктор, санітар і водій-санітар. На оснащенні МПБ є санітарний автомобіль УАЗ-452 з автопричіпом і намет. На медичний пункт батальйону покладаються завдання:

- розшук, збір, вивіз (винесення) поранених і хворих з підрозділів батальйону.
- надання їм долікарської і першої лікарської медичної допомоги;
- догляд за ними до моменту евакуації з МПБ.

При маневрених бойових діях МПБ не розгортається після висадки, а працює «з ходу», затримуючись на короткий час для надання долікарської і

першої лікарської медичної допомоги за невідкладними показниками. При сприятливій бойовій і медичній обстановці МПБ розгортається для надання першої лікарської допомоги в повному об'ємі.

Схема організації медичної роти окремої бригади берегової оборони



- прийом, реєстрація поранених та хворих (до 250 за добу)

- медичне сортування поранених

- ізоляція інфекційних хворих

- тимчасова шпиталізація нетранспортабельних

- надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги

- лікування легкопоранених (30 ліжок) зі строками видужування 5-10 діб

- евакуація поранених та хворих з підрозділів бригади та осередків масових санітарних втрат (до 300 поранених за добу)

- забезпечення підрозділів бригади медичним майном

Організація ЛЕЗ в авіагарнізоні

