



ФМБА РОССИИ
Федеральное медико-биологическое агентство



Медико-биологический университет
инноваций и непрерывного образования
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Адрес: г. Москва, ул. Живописная, д. 46, стр. 8

Тел.: 8 (499) 190-96-92

Сайт: www.mbufmbc.ru

**Гончаров С.Ф., Ратманов М.А., Баранова Н.Н.,
Качанова Н.А., Бызов А.В., Реза А.В.,
Акиншин А.В., Маслов П.В.**

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИРЕЛЬСОВОГО ЭВАКУАЦИОННОГО ПРИЕМНИКА

Учебное пособие

Москва, 2026

Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации —
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И. Бурназяна»
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИННОВАЦИЙ И НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Гончаров С.Ф., Ратманов М.А., Баранова Н.Н.,
Качанова Н.А., Бызов А.В., Реза А.В.,
Акиньшин А.В., Маслов П.В.**

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПРИРЕЛЬСОВОГО ЭВАКУАЦИОННОГО ПРИЕМНИКА

Учебное пособие

Москва 2026

Гончаров С.Ф., Ратманов М.А., Баранова Н.Н., Качанова Н.А., Бызов А.В., Реза А.В., Акиншин А.В., Маслов П.В. Организация работы прирельсового эвакуационного приемника. Учебное пособие. — М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026. — 44 с.

Авторы:

Гончаров Сергей Федорович — академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России, главный консультант руководителя ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России;

Ратманов Михаил Александрович — к.м.н., заместитель руководителя ФМБА России.

Баранова Наталья Николаевна — д.м.н., доцент, начальник Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Качанова Наталья Александровна — преподаватель кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

Бызов Алексей Владимирович — заведующий лечебно-эвакуационным отделением, врач — анестезиолог-реаниматолог Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

Реза Андрей Владимирович — преподаватель кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна;

Акиншин Андрей Васильевич — врач-методист Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

Маслов Павел Васильевич — аспирант кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Рецензенты:

Бобий Б.В. — д.м.н., профессор кафедры «Медицины катастроф» ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России.

Потапов В.И. — д.м.н., заведующий научным отделом организации экстренной медицинской помощи ГБУЗ особого типа МТНПЦМК (ЦЭМП) ДЗМ, профессор.

В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения вооруженных конфликтов Разработаны общие положения по организационно- методическому обеспечению проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения из госпитальных баз в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспортных средств, включая структуру взаимодействия задействованных органов управления, медицинских организаций, мобильных медицинских формирований различного ведомственного подчинения; организацию работы эвакуационных приемников; особенности проведения медицинской эвакуации железнодорожным, воздушным, водным, автомобильным транспортом.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. Задачи эвакуационного приемника в тыловом районе и его организационная структура	8
1.1. Задачи эвакуационного приемника	8
1.2. Организационно-штатная структура эвакуационного приемника	9
ГЛАВА 2. Организация работы основных функциональных подразделений эвакуационного приемника	12
ГЛАВА 3. Принципы развертывания прирельсового эвакуационного приемника.....	15
3.1. Организация работы ПЭПр	15
3.2. Требования, предъявляемые к району развертывания ПЭПр и мероприятия по медицинской защите	18
3.3. Мероприятия по организации безопасности работы ПЭПр	19
ГЛАВА 4. Особенности материально-технического обеспечения, охраны и обороны ПЭПр	20
ГЛАВА 5. Должностные обязанности основных специалистов ПЭПр в тыловом районе.	22
ГЛАВА 6. Особенности работы прирельсового эвакуационного приемника в тыловом районе.	28
6.1. Задачи ПЭПр	28
6.2. Особенности развертывания прирельсового эвакуационного приемника в тыловом районе	29
6.3. Особенности организации медицинской эвакуации из/в прирельсовый эвакуационный приемник в тыловом районе	31
6.4. Особенности организации медицинской помощи в ПЭПр тылового района.	34
6.5. Особенности проведения медицинской сортировки раненых и больных, эвакуируемых железнодорожным транспортом	35
6.6. Особенности формирования групп сопровождения временных военно-санитарных поездов.	37
6.7. Особенности погрузки раненых и больных на железнодорожный транспорт	38
ПРИЛОЖЕНИЕ. Табель оснащения мобильной медицинской бригады для проведения медицинской эвакуации железнодорожным транспортом.	40
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	44

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БрСМП	бригада скорой медицинской помощи
ВВСП	временный военно-санитарный поезд
ВМУ	военно-медицинское управление
ВСБр	врачебно-сестринские бригады
ВС-ВСБр	выездные сортировочные врачебно-сестринские бригады
ВСП	военно-санитарный поезд
ГВМУ МО РФ	Главное военно-медицинское управление Министерства Обороны РФ
ЛМО ГЗ	лечебная медицинская организация гражданского здравоохранения
ММБр	мобильная медицинская бригада
ММО	мобильный медицинский отряд
МТО	материально-техническое обеспечение
МЭЖТ	медицинская эвакуация железнодорожным транспортом
МЭП	местный эвакуационный пункт
НУЗ	некоммерческое учреждение здравоохранения
ПЭО	приемно-эвакуационное отделение
ПЭПр	прирельсовый эвакоприемник
РП	распределительный пост
СВО	специальная военная операция
СМП	скорая медицинская помощь
ССМП	станция скорой медицинской помощи
СМО	сводный медицинский отряд
ТВД	театр военных действий
ТЦМК	территориальный центр медицины катастроф
УГБ	управление госпитальной базой
ЭПр	эвакоприемник

ВВЕДЕНИЕ

Условия современных военных конфликтов требуют организации быстрой погрузки/ выгрузки раненых и больных и возможного сосредоточения их вдали от мест стоянки транспортных средств. В этой связи при организации медицинской эвакуации раненых и больных силы и средства, выделяемые для ее обеспечения, должны находиться как в местах погрузки/ выгрузки, так и в пункте, обеспечивающем сосредоточение эвакуируемых или приём прибывающих контингентов. Состав сил и средств в местах погрузки/ выгрузки и пункте сосредоточения будет различным и может меняться в зависимости от обстановки и решаемых задач.

Вместе с тем, опасность поражения тыловых районов оружием массового поражения, вероятность возникновения крупномасштабных стихийных бедствий и техногенных аварий (в том числе за счет диверсий), ухудшение криминогенной обстановки обуславливают необходимость медицинской эвакуации раненых и больных в тыл страны за пределы ТВД.

В соответствии с рассмотренными требованиями в особый период в тыловом районе создаются специальные лечебные учреждения — эвакуационные приемники (Эпр) для обеспечения погрузки/ выгрузки раненых и больных прибывающих на различных эвакуационно транспортных средствах.

Исторически сложившейся формой тактического применения эвакуационного приемника является его развертывание на железнодорожной станции, расположенной в тыловом районе для систематического приёма поступающих в ЛМО ГЗ раненых и больных для медицинской эвакуации их из ЭПр по назначению. При этом ЭПр, развернутый в районе станции, может осуществлять попеременно как прием, так и отправку раненых и больных для дальнейшей медицинской эвакуации в целях проведения реабилитации или оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ЛМО ГЗ других регионов страны.

В ряде случаев представляется возможным размещение ЭПр в узловых транспортных точках для осуществления отправки (приёма) раненых и больных несколькими видами санитарного транспорта (мультимодальный эвакуационный приемник).

Раненые и больные из госпитальных баз поступают в тыловой район по плану-заданию ГВМУ в соответствии с наличием освобождаемых коек специализированной медицинской помощи в ЛМО ГЗ. Вместе с тем, необходимо предусмотреть региональный резерв общехирургических и реанимационных коек в Эпр для дальнейшей отправки в другие региональные ЛМО ГЗ транзитных раненых и больных или при ухудшении состояния и наличия осложнений, препятствующих дальнейшей железнодорожной медицинской эвакуации.

Раненым и больным, направляемым в тыловой район, проводится подготовка к медицинской эвакуации с таким расчетом, чтобы они смогли перенести транспортировку определенной продолжительности. Медицинская эвакуация раненых в тыловой район проводится в соответствии с противопоказаниями и показаниями для каждого вида санитарного транспорта: на авиационном транспорте необходимо эвакуировать преимущественно раненых в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, а на железнодорожном и водном транспорте — стабильно тяжелых и в состоянии средней степени тяжести, но с большими сроками лечения. Различия в штатном и материально-техническом обеспечении эвакуационного приемника будут во многом зависеть от вида принимаемого санитарного транспорта.

Из числа раненых и больных, поступивших в госпитальную базу, дальнейшей эвакуации подлежат раненые после ампутации конечностей, удаления глазного яблока, с потерей или резким снижением зрения, стойкой глухотой, с психическими расстройствами, с повреждением спинного и головного мозга, с остеомиелитом длинных трубчатых костей, эмпиемами, стойкими нарушениями подвижности крупных суставов, значительными нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта после вмешательства на брюшной полости, с выраженными явлениями хронической лучевой болезни и другие раненые и больные со сроками лечения, превышающими установленные для госпитальных баз.

В ЛМО ГЗ подлежат также эвакуации пораженные и больные с тяжелыми и средней тяжести формами острой лучевой болезни, тяжелыми формами поражения отравляющими веществами и токсинами, обожженные с площадью глубоких поражений, превышающей 10–15% поверхности тела.

Противопоказания к медицинской эвакуации за пределы ТВД определяются условиями предстоящей медицинской эвакуации, зависящими от характера складывающейся оперативно-тактической обстановки. Следует, однако, учитывать, что нетранспортабельными ранеными и больными, которым противопоказана медицинская эвакуация всеми видами транспорта, являются:

- раненые в тяжелом общем состоянии, вызванным шоком, кровопотерей, а также дыхательной недостаточностью другого происхождения или повреждениями жизненно важных органов с резкими нарушениями их функции;
- раненые с продолжающимся наружным кровотечением, раненые в голову с явлениями сдавления головного мозга, обильной ликвореей, при эпилептическом состоянии, при наличии выраженных нарушений стволовых функций и гнойных осложнений.

При неблагоприятно складывающейся оперативно-тактической обстановке показания для медицинской эвакуации расширяются вплоть до медицинской эвакуации всех раненых и больных. При неблагоприятной медицинской обстановке, обусловленной, в частности, отсутствием необходимого количества сил и средств медицинской службы для госпитализации и специализированного лечения раненых и больных, приходится также прибегать к медицинской эвакуации как вынужденному мероприятию.

ГЛАВА 1. ЗАДАЧИ ЭВАКУАЦИОННОГО ПРИЕМНИКА В ТЫЛОВОМ РАЙОНЕ И ЕГО ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

1.1. Задачи эвакуационного приемника

Эвакуационный приемник является полевым мобильным формированием, функционально входящим в состав местного эвакуационного пункта. Он предназначен для обеспечения выгрузки/раненых и больных, доставленных или отправляемых в тыловой район на одном или нескольких видах санитарного транспорта. Эвакуационный приемник обеспечивает при этом оказание эвакуируемым раненым и больным неотложных мероприятий, экстренной медицинской помощи и кратковременное размещение пациентов до погрузки на транспорт или отправки в ЛМО ГЗ.

На эвакуационный приемник возлагаются следующие основные задачи:

1. Выгрузка/погрузка раненых и больных на транспортные средства.
2. Приём, медицинская сортировка раненых и больных, распределение их по транспортным средствам и эвакуационным направлениям согласно маршрутизации.
3. Временное размещение поступающих раненых и больных и их материальнобытовое обслуживание.
4. Оказание экстренной медицинской помощи раненым и больным при угрожающих жизни состояниях и контроль за правильностью соблюдения маршрутизации при медицинской эвакуации в ЛМО ГЗ
5. Временная госпитализация нетранспортабельных раненых и больных до стабилизации их состояния после оказания медицинской помощи, в т.ч. проведение «агрессивной» интенсивной терапии и реанимационных мероприятий.
6. Регистрация раненых и больных поступающих в эвакуационный приемник и подготовка их к дальнейшей медицинской эвакуации.
7. Выявление и изоляция инфекционных больных и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

8. Материальное снабжение приписанных эвакуационно-транспортных подразделений и частей.

Решение перечисленных задач осуществляется в соответствии с тактическим использованием эвакуационного приемника, условиями предстоящей или предшествующей медицинской эвакуации, а также в зависимости от места расположения эвакуационного приемника относительно региональных ЛМО ГЗ.

1.2. Организационно-штатная структура эвакуационного приемника

Нештатные эвакуационные приемники в тыловых районах создаются за счет сил и средств ЛМО ГЗ и МЭП территориальных центров медицины катастроф (мобильные медицинские отряды, бригады экстренного реагирования, авиамедицинские бригады), станций (отделений) скорой медицинской помощи и развертываются в местах погрузки/выгрузки пострадавших на транспорт и для доставки их в лечебные медицинские организации.

Штатный состав и количество развертываемых койкомест в эвакуационном приемнике зависят от интенсивности потока раненых и больных, характеристики принимаемого контингента, степени удаленности от ЛМО ГЗ и обеспеченности санитарным транспортом. Количество персонала и койкомест может быть сокращено или увеличено в зависимости от конкретной оперативной обстановки.

Эвакуационный приемник содержит основные подразделения:

1. Приемно-эвакуационное отделение — производит выгрузку/погрузку прибывающих раненых и больных, их внутрипунктовую медицинскую сортировку, оформление медицинской документации и внутригоспитальную медицинскую транспортировку.

Приемно-эвакуационное отделение развертывается в составе распределительного поста и приемно-эвакуационных палат, число мест в которых должно соответствовать емкости прибывающих эвакуационно-транспортных средств.

Оно может развертываться на разных площадках и является основой организации подразделений эвакуационного приемника при его рассредоточенном развертывании. Возглавляется врачом-хирургом. В составе отделения имеются несколько медицинско-сортировочных бригад, анестезиолого-реанимационная

бригада, медицинские регистраторы, несколько звеньев санитаров-носильщиков.

2. Госпитально-эвакуационное отделение предназначено для временной госпитализации, оказания экстренной медицинской помощи, проведения urgentных хирургических мероприятий, анестезиологического и реанимационного пособия, общего ухода за ранеными и больными. Развертывается в составе четырех структурных подразделений: отделение временной госпитализации, перевязочная, изолятор, эвакуационная. Предназначено для временного размещения, ухода за ранеными, проведения им необходимых лечебно-диагностических мероприятий. Возглавляется заведующим отделением врачом организатором здравоохранения.

В госпитально-эвакуационном отделении эвакоприемника на каждую палату (палатку, убежище) нужно выделять дополнительно санитарку, в перевязочную — фельдшера, старшую операционную сестру, операционную санитарку.

Отделение временной госпитализации возглавляется врачом анестезиологом-реаниматологом. В составе отделения имеются профильные (терапевтические, травматологические, хирургические и др. ВСБр из расчета 1 ВСБр на 10 коек ЭПр, анестезиолого-реанимационные ВСБр из расчета 1 ВСБр на 3 койки реанимационного профиля. Состав профильных ВСБр зависит от структуры контингента поступающих раненых.

Перевязочная: возглавляется опытным врачом хирургом, в ее состав входят: 1 хирургическая операционная ВСБр на операционный стол, 1 травматологическая ВСБр на 1–2 операционных стола, 1 анестезиолого-реанимационная бригада на операционный стол.

Изолятор: предназначен для временной изоляции психических и инфекционных больных. Состоит из трех отдельных блоков: для психических больных, для воздушно-капельных инфекций, для кишечных инфекций. В состав изолятора входят 2 инфекционных ВСБр и 1 психиатрическая (терапевтическая) ВСБр.

Эвакуационная содержит в составе одну или несколько анестезиолого-реанимационных БрСМП с приданным санитарным транспортом.

Аптека предназначена для обеспечения отделений ЭПр лекарственными средствами, стерильными материалами и инструмен-

тами. В аптеке работают провизор (фармацевт) и сестра-хозяйка, которая ведет учет имущества длительного пользования (медицинская аппаратура и медицинская мебель), находящегося на оснащении всех функциональных подразделений ЭПр.

Пункт хозяйственного довольствия предназначен для снабжения раненых и персонала ЭПр продовольствием, питьевой водой, одеждой и обувью. В его состав входят начальник пункта хозяйственного довольствия, повар, два работника кухни, кладовщик.

Для материально-технического обеспечения в ЭПр предусмотрено материально-техническое отделение в составе: старший инженер — 1, инженер — 6, старший водитель — 1, водитель — 4. Руководит работой отделения заместитель главного врача ЭПр по МТО.

Администрация — структурное подразделение, отвечающее за общее управление ЭПр, взаимодействие с органами управления МЭП, руководством ЛМО ГЗ и прибывающего санитарного транспорта.

Возглавляет ЭПр главный врач-организатор здравоохранения. В состав администрации входят не менее 1 заместителя главного врача — организатора здравоохранения, старшая медицинская сестра, несколько медицинских регистраторов.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ЭВАКУАЦИОННОГО ПРИЕМНИКА

Распределительный пост (РП) приемно-эвакуационного отделения располагается непосредственно у выхода с погрузочной площадки.

На РП постоянно находится дежурный санитар (медицинский регистратор), следящий за прибытием на погрузочную площадку раненых и своевременной подачей санитарного транспорта.

Принимающая погрузочная площадка ЭПр служит для выгрузки прибывающих раненых с санитарного транспорта, медицинской сортировки раненых силами медицинских специалистов приемно-эвакуационного отделения, их накопления и отправления через РП в госпитально-эвакуационное отделение.

Отдающая погрузочная площадка ЭПр служит для приёма раненых и больных из отделений ЭПр, накопления и погрузки раненых через РП в санитарный транспорт для дальнейшей отправки в ЛМО ГЗ.

Непосредственно к погрузочной площадке примыкают зоны стоянки санитарного транспорта.

Раненых и больных снимает с прибывшего транспорта звено санитаров-носильщиков, выделяемое для этой цели в каждую сортировочную ВСБр приемно-эвакуационного отделения. Из легкораненых санитары-носильщики формируют группы и сопровождают их к сортировочным ВСБр.

Лежачие раненые и больные с прибывшего санитарного транспорта заносятся в палату приемно эвакуационного отделения, где носилки с пациентами устанавливаются на станках. В каждой палате размещают регистрационный, хозяйственный столы, стол для медикаментов и предметов ухода за ранеными и больными. В приемно-эвакуационных палатах раненые и больные обычно находятся непродолжительное время, ожидая погрузки, поэтому нет необходимости в их дополнительной регистрации.

Сортировочные бригады проводят медицинскую сортировку для определения подразделения Эпр в которое направляются раненые, очередность оказания им медицинской помощи, порядков транспортировки в санитарном транспорте. Санитарам —

ноСИЛЬЩИКАМ выдается сортировочная марка, предъявляемая на РП.

Водителям санитарных и грузовых автомобилей на РП указывают номер соответствующей палаты в госпитально-эвакуационном отделении (палатка, убежище, здание и т. п.), куда машины следуют для разгрузки/ погрузки. К каждой палате прикрепляется дополнительное нештатное звено санитаров-ноСИЛЬЩИКОВ, формирующееся из свободных сотрудников ЭПр (санитары палатные, водители санитарного транспорта, инженерные работники).

Поступившие в эвакуационный приемник раненые и больные регистрируются в журнале учета эвакуируемых и заносятся в списки, по которым формируется команда на погрузку. У каждого поступающего в эвакоприемник проверяются документы, заведенные на предыдущем этапе медицинской эвакуации (первичная медицинская карточка, история болезни, эвакуационный конверт). В том случае, если раненые поступают в эвакоприемник без соответствующих эвакуационных документов, они (первичная медицинская карточка) заполняются при поступлении в приемно-эвакуационном отделении в ходе медицинской сортировки.

Раненые и больные, поступившие в госпитально-эвакуационное отделение, осматриваются персоналом соответствующей палаты; при необходимости в порядке подготовки их к дальнейшей медицинской эвакуации здесь проводятся необходимые медицинские пособия, предоставляется питание и снабжение всем необходимым на путь следования. Раненые и больные, нуждающиеся в более сложных медицинских процедурах, направляются в перевязочную, а подозрительные на инфекционные заболевания — в изолятор.

При подготовке раненых и больных к дальнейшей медицинской эвакуации в госпитально эвакуационном отделении производят распределение эвакуируемых по группам (командам), соответственно плану предстоящей погрузки (виду транспорта, количеству транспортных единиц, их емкости). Каждая команда получает номер, соответствующий номеру транспортной единицы (автомобиля, самолета, вертолета), указанному на схеме погрузки.

Перевязочные эвакоприемника оборудуются по типу операционных полевого многопрофильного госпиталя, снабжают-

ся стерилизаторами, анестезиологическим и хирургическим оборудованием, включая стерильный материал и трансфузионные жидкости. В основном тыловой эвакуоприемник выполняет задачу приёма раненых и больных и их распределения по ЛМО ГЗ, поэтому целесообразно всех раненых, нуждающихся в неотложных оперативных вмешательствах, направлять по назначению в ближайшие больницы в соответствии с видом и характером хирургического вмешательства, которое им должно быть произведено. Важной задачей является выделение в распоряжение главного врача эвакуоприемника санитарного вертолета (реанимобиля).

Все раненые, поступившие в перевязочные эвакуоприемника или его отделения и получившие врачебное пособие, подлежат регистрации в журнале перевязок, в журнале переливания крови.

По окончании предэвакуационной подготовки раненые и больные по мере прибытия санитарного транспорта доставляются на отдающую погрузочную площадку, где с помощью медицинских специалистов эвакуационной и РП происходит погрузка на санитарный транспорт, отправляющийся в ЛМО ГЗ.

Размещение эвакуируемых в эвакуационно-транспортных средствах может быть значительно ускорено, а сам процесс погрузки во многом упрощен в случае заблаговременной выдачи раненым и больным плацкарт на эвакуацию. Плацкарты должны иметь различную форму: для тяжелораненых — круглые, для легкораненых — прямоугольные (на лежачие места — со срезанным нижним правым углом). Это значительно облегчает распределение раненых по группам в момент погрузки, которая может происходить в ночное время, в условиях соблюдения мер светомаскировки. В плацкартах, которые заполняются в соответствии с планом погрузки, указывается номер эвакуационно-транспортной единицы (автомобиля, вертолета и т.п.) и место, предназначенное для раненого или больного. Плацкарты после их заполнения распределяются по соответствующим госпитально-эвакуационным палатам, где они заблаговременно выдаются назначенным на медицинскую эвакуацию пациентам. Выдача плацкарт производится с таким расчетом, чтобы условия предстоящей транспортировки в наибольшей степени отвечали состоянию каждого раненого или больного.

ГЛАВА 3. ПРИНЦИПЫ РАЗВЕРТЫВАНИЯ ПРИРЕЛЬСОВОГО ЭВАКУАЦИОННОГО ПРИЕМНИКА

3.1. Организация работы ПЭПр

В соответствии с основным целевым назначением ПЭПр развертывается в районе железнодорожной станции, пристани или аэродрома. В случаях систематической и небольшой по объему медицинской эвакуации раненых и больных, ПЭПр развертываются силами и средствами пристанционных ЛМО ГЗ. Отличительной чертой таких ПЭПр будет их малая мощность и отсутствие необходимости заблаговременного сосредоточения большого числа эвакуируемых в районе станции. В этом случае все эвакуируемые госпитализируются, например, в ближайшие городские больницы, куда направляются из ПЭПр сразу после выгрузки. Такие э ПЭПр размещаются обычно в непосредственной близости от ЛМО ГЗ — в 5–8 км.

Условия современной войны требуют располагать полевые мобильные формирования вдали от возможных объектов ядерного нападения противника. В связи с этим эвакоприемник следует развертывать с расчетом, чтобы он мог принять и разместить недалеко от места погрузки такое количество раненых и больных, которое бы соответствовало одномоментной вместимости прибывающего транспорта. В ряде случаев рационально размещать основные отделения ЭПр на удалении до 5–10 км от погрузочных площадок.

Погрузочные площадки оборудуются для ожидающих раненых и больных. Для этой цели развертываются ПЭПр палаточного типа, или пациенты могут находиться на специальных автомобилях (рис. 1, 2).

Необходимо выделять дежурного санитаря (медицинскую сестру) на принимающей погрузочной площадке, незамедлительно информирующего по средствам связи заведующего приемно-сортировочным отделением о внеплановом прибытии санитарного транспорта.

На погрузочных площадках наиболее рационально сосредотачивать легкораненых. Тяжелораненые подвозятся из отделе-



Рисунок 1. Эвакуационная, развернутая на базе спец. автомобилей на одной из вертолетных площадок мультимодального эвакуационного приемника СМО ФМБА России. Опыт СВО 2024 год.



Рисунок 2. Салон мобильного медицинского комплекса на базе автобуса. Свердловский ТЦМК. 2022 год.

ния временной госпитализации непосредственно к санитарному транспорту в момент посадки, и производится посадка «с колёс».

В ПЭПр оборудуются две погрузочные площадки. Первая служит для выгрузки раненых и больных из санитарного транспорта, вторая для погрузки раненых и дальнейшей отправки в ЛМО ГЗ. В зависимости от поставленных задач и оперативной обстановки одна из площадок может непосредственно примыкать или находится на территории ПЭПр, вторая быть удаленной. Не рекомендуется проводить выгрузку и погрузку раненых и больных одновременно и на одной и той же погрузочной площадке из-за возникновения заторов и очередей санитарного транспорта.

Внимания заслуживает вопрос о возможной емкости эвакуационника. В предвидении массовой медицинской эвакуации емкость эвакуационника должна позволять сосредоточивать в районе погрузки такое количество эвакуируемых, сколько в состоянии принять прибывающие одновременно эвакуационно-транспортные средства. Количество раненых и больных может быть сосредоточено и подготовлено к эвакуации за 5–6 часов. Часть раненых и больных к моменту прибытия состава должна быть сосредоточена в месте погрузки в таком количестве, которое обеспечивало бы начало погрузки и ее непрерывность до подхода автомобилей с ранеными и больными непосредственно с основной площадки ПЭПр. Опыт показал, что для этого достаточно иметь в местах погрузки 150–200 эвакуируемых, их целесообразно сосредоточить за час-полтора до прибытия эвакуационно-транспортных средств.

В условиях принимающего ПЭПр тылового района наиболее актуальной является вопрос пропускной способности погрузочной площадки, основной задачей которой становится медицинская сортировка и скорейшая отправка раненых и больных в основные отделения ПЭПр. Задача решается выделением необходимого для одномоментного приёма значительного количества раненых и больных, необходимого числа сортировочных ВСБр и слаженной их работой, обеспеченной достаточным количеством санитарного транспорта.

В случае работы эвакуационника по приему раненых и больных мощность приемно эвакуационного отделения, организованного в месте разгрузки эвакуационно-транспортных средств,

увеличивается как по количеству мест, предназначенных для эвакуируемых, так и по силам и средствам, привлекаемым к работе в приемно-эвакуационных палатах.

Как показали опыт учений и соответствующие расчеты, значительная по объему работа по транспортировке, погрузке и выгрузке раненых и больных приводит к необходимости усиления эвакоприемника. Выделяются дополнительно к штату эвакоприемника 70–80 волонтеров для использования их в качестве санитаров-носильщиков и санитарный транспорт в расчете 1 санитарный автобус на 15–20 раненых, 1 автомобиль СМП на 10 прибывающих раненых.

3.2. Требования, предъявляемые к району развертывания ПЭПр и мероприятия по медицинской защите

К району развертывания эвакоприемника предъявляются обычные требования, обеспечивающие нормальную работу любого этапа медицинской эвакуации. Особое внимание при выборе места развертывания эвакоприемника следует обращать на наличие хороших подъездных путей, обеспечивающих движение транспорта на подходе к основной площадке и к отделениям эвакоприемника, а также непосредственно на площадке между функциональными подразделениями эвакоприемника и в пунктах погрузки раненых и больных. Большое значение имеет возможность использования специального оборудования (железнодорожная рампа, сборно-разборные мостки, трапы, бетонные площадки и т. п.).

Сосредоточение значительного количества транспорта, движение его на площадке эвакуационного приемника, близость его к важным для противника объектам (станция, пристань, аэродром) обуславливают необходимость тщательной маскировки, использования защитных свойств местности, имеющих инженерных сооружений и четкой организации мероприятий по защите раненых и больных и личного состава.

3.3. Мероприятия по организации безопасности работы ПЭПр

Ответственность по организации безопасности работы ПЭПр целесообразно возлагать на заместителя главного врача ПЭПр.

Из числа инженерных работников выделяются лица, ответственные за противопожарную безопасность, экспертизу воды и продовольствия, устанавливаются сигналы ядерного нападения, химического нападения и пожара. Наблюдение и оповещение о применении противником средств массового поражения возлагается на дежурную смену и заведующего приемно-эвакуационного отделения. Весь личный состав обеспечивается специальным имуществом и проводится обучение правилам пользования средствами противохимической и противорадиационной защиты. Во всех подразделениях готовят шлемы-маски для раненых, которые не могут пользоваться противогазами.

ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ОХРАНЫ И ОБОРОНЫ ПЭПР

Материально-техническое обеспечение эвакоприемника в ходе его работы осуществляется ЛМО ГЗ, на базе которого он был сформирован. Все раненые и больные, поступающие в эвакоприемник, обеспечиваются положенными нормами пищевого довольствия. Поскольку пребывание раненых и больных в эвакоприемнике является кратковременным, они зачисляются здесь на довольствие для разового питания. В тех случаях, когда пребывание раненых и больных будет более продолжительным и превысит 5–6 часов, потребуются организация двухразового или суточного питания. Развертываемый на основной площадке пункт хозяйственного довольствия призван обеспечивать питание раненых и больных на месте или в отделениях ПЭПР при задержке погрузки. Походные кухни и необходимый инвентарь при необходимости подаются в места погрузки раненых и больных.

Возможно прибытие раненых и больных из других климатических зон, выгрузка из санитарного транспорта на санитарных носилках, загрязненных биологическими жидкостями. Для этого в эвакоприемнике создается обменный фонд обмундирования и предметов для обеспечения медицинской эвакуации и замены испорченного оснащения.

Часть санитарно-хозяйственного и вещевого имущества, например: носилки, одеяла, спальные мешки и т. п., может систематически убывать вместе с эвакуируемыми ранеными и больными. Особенно велик такой расход материальных средств при медицинской эвакуации раненых и больных на транспорте общего назначения (при формировании военно санитарных летучек и пр.). По этому в эвакоприемнике нужно всегда иметь достаточный запас такого имущества и принимать меры к своевременному восполнению его расхода (обменный фонд).

На эвакоприемник может быть возложено формирование временных эвакуационно-транспортных средств (временные военно-санитарные поезда, летучки). Различное имущество, необходимое для оборудования транспорта общего назначения и размещения раненых и больных, запасы материальных средств

для обеспечения эвакуируемых в пути следования, выделяются из резервных фондов местного эвакупункта.

Охрана эвакуационного приемника организуются в соответствии с указаниями главного врача чаще всего во взаимодействии с региональными силовыми ведомствами (МВД, РосГвардия, тыловые части МО). Особое значение для организации охраны эвакуприемника имеют указания командира авиационно-технической части (коменданта аэродрома), коменданта станции или пристани. Эти указания положены в основу для применения собственных сил и средств ЭПр. Эвакуприемник охраняется также комендантским постом, роль которого выполняет РП.

При перемещении эвакуационный приемник усиливается автотранспортом по распоряжению начальника местного эвакупункта.

ГЛАВА 5. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ ОСНОВНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЭПР В ТЫЛОВОМ РАЙОНЕ

Главный врач ПЭПр в тыловом районе подчиняется заместителю начальника местного эвакуационного пункта, а в оперативном плане главному врачу ЛМО ГЗ, на базе которого был сформирован Эпр.

Главный врач эвакуационного пункта является прямым руководителем постоянного состава ЭПр, а также раненых и больных, находящихся на лечении. Он руководит всей деятельностью эвакуационного пункта и отвечает за его работу и состояние материально-технической базы.

Главный врач ПЭПр приемника обязан:

- принимать решения и ставить задачи подчиненным по организации работы эвакуационного приемника в соответствии с боевой, тыловой и медицинской обстановкой;
- проводить совместно с заведующими отделений эвакуационного приемника медицинскую разведку района развертывания и трассировку площадки эвакуационного приемника;
- поддерживать постоянную связь и взаимодействие с органами управления медицинской службой (ВМУ, ВМО, УГБ и др.), органами военных сообщений (комендантами станций, пристаней; оперативным дежурным на аэродроме), органами управления МЭП;
- планировать работу ПЭПр и его отделений;
- распределять обязанности среди своих заместителей, старшей медицинской сестры, помощников медицинских и хозяйственных подразделений ПЭПр и контролировать своевременное и точное выполнение ими этих обязанностей;
- организовать своевременный приём, медицинскую сортировку, оказание медицинской помощи, подготовку раненых и больных к медицинской эвакуации; обеспечивать систематический контроль за качеством проводимых лечебно-эвакуационных мероприятий;
- устанавливать распорядок дня и режим пребывания раненых и больных в эвакуационном приемнике и контролиро-

вать строгое выполнение этого распорядка всем личным составом, ранеными и больными;

- организовать и обеспечить защиту, оборону и охрану эвакуационного приемника (иметь конкретные планы действия личного состава по ПАЗ, ПХЗ, ПБЗ, противопожарной защите и др.);
- контролировать правильность хранения и использования медикаментов (особенно сильнодействующих и ядовитых) и всего имущества эвакуоприемника;
- обеспечивать правильную организацию питания раненых и больных и контролировать санитарно-гигиеническое состояние кухни, столовой, продовольственных и других складов;
- осуществлять общее руководство подготовкой личного состава эвакуационного приемника;
- руководить финансово-хозяйственной деятельностью эвакуационного приемника, распоряжаться в установленном законом порядке всеми денежными средствами.

Заместитель начальника ПЭПр — начальник медицинской части подчиняется главному врачу. Он непосредственно руководит медицинской работой эвакуационного приемника.

Заместитель начальника ПЭПр — начальник медицинской части обязан:

- участвовать в составлении плана работы эвакуационного приемника и организовывать деятельность всех функциональных подразделений в соответствии с выполняемой эвакуационным приемником задачей;
- обеспечивать правильное распределение медицинского состава по подразделениям;
- организовывать своевременный приём, медицинскую сортировку, оказание необходимой медицинской помощи, подготовку раненых и больных к медицинской эвакуации, а также обеспечивать должный уход и наблюдение за ними;
- обеспечивать надлежащую организацию работы отделений эвакуационного приемника и аптеки;
- проверять подготовку к медицинской эвакуации всех тяжело-раненых и тяжелобольных;

- анализировать каждый случай смерти в пути и в эвакуационном приемнике, докладывать начальнику ПЭПр свои выводы о причине смерти; обеспечивать обязательное вскрытие трупов раненых и больных, умерших в пути и в эвакуационном приемнике;
- систематически в разное время дня и ночи проверять работу отделений эвакуационного приемника;
- контролировать правильность хранения и использования медикаментов, реактивов, аппаратуры, предметов ухода за ранеными и больными, перевязочного материала и прочего медицинского имущества, выполнения правил хранения сильнодействующих ядовитых и дезинфицирующих средств; следить за своевременностью истребования и получения медикаментов, аппаратуры, инструментария и прочего медицинского имущества;
- руководить научно-исследовательской работой по плану, утвержденному главным врачом, и проверять выполнение этого плана, систематически проводить научно-практические конференции;
- руководить работой медицинского делопроизводства, в частности, контролировать правильность ведения всей медицинской документации во всех функциональных подразделениях эвакуационного приемника;
- осуществлять непосредственный контроль за точным соблюдением правил внутреннего распорядка;
- докладывать главному врачу о всех случаях медицинских ошибок, допущенных в ПЭПр и на предыдущих этапах медицинской эвакуации;
- проверяет с подчиненными ему должностными лицами надежность выполнения плана защиты, охраны и обороны эвакуационного приемника в части вопросов, касающихся помощника главного врача по материальному обеспечению.

Старшая медицинская сестра подчиняется непосредственно главному врачу. Выполняет основные должностные обязанности:

- руководит деятельностью всех должностных лиц по истребованию, получению, хранению и распределению по функциональным подразделениям всех видов средств материального обеспечения;

- организует хозяйственное, бытовое обслуживание раненых и больных и постоянного состава эвакуационного приемника;
- составляет при участии заместителя главного врача меню-раскладку продуктов, отпускаемых для питания раненых и больных, и представляет ее на утверждение главному врачу;
- организует доброкачественное питание и обеспечивает доведение положенных норм довольствия до каждого раненого и больного, находящегося в ПЭПр;
- руководит и организует правильное хранение, содержание, эксплуатацию и ремонт имущества;
- руководит, организует, контролирует работу среднего и младшего медицинского персонала ПЭПр.

Заведующий приемно-эвакуационного отделения обязан:

- четко знать задачи, наличие сил и средств, разворачиваемых на основной площадке или на погрузочных площадках ПЭПр; под руководством начальника или самостоятельно производить разведку района разворачивания ПЭПр, трассировать площадку разворачивания и ставить задачи начальникам функциональных подразделений на разворачивание и оборудование рабочих мест;
- поддерживать постоянную связь с госпитально-эвакуационным отделением ПЭПр (или с приемно-эвакуационными палатами, развернутыми на основной площадке), с командирами (начальниками) эвакуационно-транспортных средств и с заведующими функциональных подразделений;
- обеспечивать своевременную приемку, медицинскую сортировку, оказание неотложной медицинской помощи и подготовку раненых и больных к внутрибольничной медицинской эвакуации;
- руководить работой роты звеньев санитаров-носильщиков и оперативно подчиненных санитарно-транспортных средств.

Заведующий госпитально-эвакуационного отделения обязан:

- четко знать задачи, наличие сил и средств, разворачиваемых на основной площадке или на погрузочных площадках ЭПр;

- ставить задачи начальникам функциональных подразделений на развертывание и оборудование дополнительных койкомест;
- обеспечивать своевременные приём, медицинскую сортировку, оказание неотложной медицинской помощи и подготовку пораженных и больных к межбольничной медицинской эвакуации;
- следить за правильным заполнением медицинской документации, докладывать о движении раненых и больных, постоянно знать загрузку функциональных подразделений и готовность пораженных и больных к погрузке в эвакуо-транспортные средства;
- организовывать своевременные консультации (включая телемедицинские), перевод по экстренным показаниям в другие ЛМО ГЗ раненых и больных.

Начальник аптеки подчиняется непосредственно главному врачу эвакуационного приемника.

Начальник аптеки обязан:

- обеспечивать деятельность аптеки по правильному и своевременному приготовлению лекарств, а также обеспечению функциональных подразделений эвакуоприемника положенным медицинским имуществом;
- осуществлять своевременное освежение, списание, утилизацию лекарственных препаратов с ограниченными сроками годности;
- вести учет медицинского имущества согласно положению по учету;
- обеспечивать контроль за правильным хранением, учетом, рациональным использованием медицинского имущества в функциональных подразделениях;
- требовать и получать медицинское имущество для пополнения аптеки, в частности, пополнять обменный фонд средств обеспечения эвакуации (носилки, конверты и др.);
- проводить переучет медицинского имущества в установленные сроки.

Операционная сестра подчиняется непосредственно заведующему госпитально-эвакуационного отделения, в его отсутствии дежурному хирургу.

Операционная сестра выполняет обязанности:

- непосредственно руководит вспомогательным персоналом, работающим в перевязочной эвакуационного приемника, обращая особое внимание на соблюдение правил асептики и антисептики;
- содержит в порядке и чистоте помещение, оборудование и имущество;
- наблюдает за исправным действием аппаратуры для стерилизации, врачебных предметов и установок, необходимых для правильной и бесперебойной работы перевязочной;
- обеспечивает правильное хранение инструментария, медикаментов, наркотических средств, перевязочного материала, консервированной крови и следит за своевременным их пополнением;
- заготавливает и стерилизует по специальному указанию начальника медицинского отделения перевязочный материал, инструментарий, аппараты, необходимые медицинские предметы;
- после окончания работы приводит в порядок весь инструментарий, аппаратуру, а также оборудование, белье и помещение;
- по указанию заведующего госпитально-эвакуационного отделения своевременно выписывает из аптеки необходимые медикаменты, перевязочный материал, инструментарий и прочее медицинское имущество и ведет учет его расходования.

ГЛАВА 6. ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПРИРЕЛЬСОВОГО ЭВАКУАЦИОННОГО ПРИЕМНИКА В ТЫЛОВОМ РАЙОНЕ

6.1. Задачи ПЭПр

Прирельсовый эвакуационный приемник предназначен для обеспечения погрузки/ выгрузки раненых и больных, доставленных или отправляемых на железнодорожном транспорте в ЛМО ГЗ, оказания эвакуируемым экстренной медицинской помощи и временного их размещения до погрузки на транспорт или отправки в медицинские военные и гражданские организации.

Накопленный опыт медицинской эвакуации раненых и больных железнодорожным транспортом свидетельствует о том, что развертывание прирельсового эвакуационного приемника необходимо в случаях, когда:

- нет возможности провести одномоментную отправку раненых и больных с ВСП в ЛМО ГЗ и возникает необходимость их временного размещения и эвакотранспортной медицинской сортировки;
- когда неоказание экстренной медицинской помощи раненым и больным приведет к угрозе жизни при дальнейшей медицинской эвакуации;
- необходима квалифицированная и слаженная работа медицинского персонала и санитаров-носильщиков по погрузке и выгрузке значительного числа пострадавших (очередность погрузки, размещение в ВСП, заполнение необходимой документации и др.) в условиях дефицита времени.

Исходя из предназначения, на ПЭПр возлагаются следующие основные задачи:

1. Приём, медицинская сортировка, санитарная обработка раненых и больных с целью выявления нетранспортабельных и нуждающихся в оказании экстренной медицинской помощи.
2. Временное размещение поступающих раненых и больных, организация их питания, обеспечение чистой одеждой и обувью, общий уход.
3. Регистрация раненых и больных, поступающих в ПЭПр, и подготовка их к дальнейшей медицинской эвакуации.

4. Оказание экстренной медицинской помощи раненым и больным при угрожающих жизни состояниях.
5. Выявление и изоляция инфекционных больных и проведение санитарно-противоэпидемических и профилактических мероприятий.
6. Прием и распределение раненых и больных по ЛМО ГЗ.
7. Взаимодействие с региональным органом управления ЛМО ГЗ для организации учета загрузки ЛМО ГЗ данного региона.
8. Погрузка/выгрузка раненых и больных на эвакуационные транспортные средства.

6.2. Особенности развертывания прирельсового эвакуационного приемника в тыловом районе

В тыловом районе развертывание прирельсового эвакуационного приемника осуществляется под руководством местного эвакуационного пункта и с привлечением сил и средств региональных ЛМО ГЗ. При необходимости возможно привлечение сил и средств ЛМО ГЗ (ТЦМК, врачебно-сестринских бригад (ВСБр) ЛМО ГЗ, ВСБр ЛМО НУЗ ОАО РЖД и др.).

Кадры для госпитального звена ПЭПр выделяются, как правило, из состава стационарных медицинских специалистов, кадры для проведения медицинской эвакуации выделяются из состава бригад скорой медицинской помощи (БрСМП): ТЦМК, ССМП, ЦСА и др.

Материально-технические средства для обеспечения развертывания и функционирования ПЭПр выделяются по решению регионального органа управления ЛМО ГЗ по мере необходимости из фондов лечебного учреждения, на базе которого был сформирован Эпр.

В тыловом районе наиболее рационально развертывание отделений ПЭПр в капитальных строениях (железнодорожные вокзалы и станции, депо, складские помещения, ангары и т.п.).

Приоритетное значение для развертывания ПЭПр имеют строения:

1. Располагающиеся в шаговой доступности от железнодорожных погрузочных площадок (наиболее рационально использовать высокие платформы и пандусы).

2. Имеющие удобные подъездные пути для автомобильного транспорта.
3. Расположенные неподалеку от долговременных подземных укрытий (ввиду опасности поражения высокоточным оружием и ОМП).

При большой загруженности железнодорожных станций, высокой вероятности поражения высокоточным оружием, отсутствии необходимых капитальных строений, более выгодном плече эвакуации возможно развертывание отделений ПЭПр в пневмокаркасных, палаточных, автомодульных лагерях.

Кадровый состав ПЭПр рассчитывается из расчета 50–100 прибывающих раненых и больных в день:

1. Приемно-эвакуационное отделение: 1 хирургическая ВСБр, 1 травматологическая ВСБр, 1 анестезиолого-реанимационная ВСБр.
2. перевязочная: 1 врач хирург, 1 врач травматолог, 2 перевязочных (операционных) медицинских сестры, 1 анестезиологическая ВСБр, 1 операционная санитарка.
3. Отделение временной госпитализации: 1 врач анестезиолог-реаниматолог (терапевт), 2 палатных медицинских сестры, 1 палатная санитарка.
4. Отделение реанимации: 1 анестезиолого-реанимационная ВСБр, 1 палатная санитарка.
5. Эвакуационное отделение: 1 анестезиолого-реанимационная БрСМП на реанимобиле класса «С». При недостатке сил и средств БрСМП усиливает приемно-сортировочное звено ПЭПр и временно усиливает анестезиологические ВСБр. При организации вертолетной САЭ из ПЭПр может выделяться авиамедицинская бригада (АМедБр).
6. Аптека и склад: 1 провизор, 1 медицинская сестра-хозяйка.
7. Отделение санитаров-носильщиков: 10 санитаров носильщиков
8. Для материально-технического обеспечения в ПЭПр предусмотрено материально-техническое отделение в составе: старший инженер — 1, инженер — 6.
9. Администрация: 2 врача организатора-здравоохранения, 1 старшая медсестра (фельдшер), 2 медицинских регистратора. Как правило необходимости в усилении административного звена при увеличении потока раненых и больных нет.

6.3. Особенности организации медицинской эвакуации из/в прирельсовый эвакоприемник в тыловом районе

Медицинская эвакуация из/в ПЭПр осуществляется приданными ПЭПр и специально выделенными для медицинской эвакуации силами и средствами.

Для проведения срочной медицинской эвакуации раненых и больных из ПЭПр приданными силами и средствами в ЛМО ГЗ в его состав включаются один или несколько реанимобилей и других единиц автомобильного санитарного транспорта (санитарных автобусов, грузовиков, вездеходов и т.д.). На реанимобиле эвакуируются преимущественно раненые реанимационного профиля силами приданных БрСМП. На прочем автомобильном транспорте, приданном ПЭПр, преимущественно эвакуируются легкораненые в сопровождении медицинских специалистов ПЭПр, временно переведенных в состав эвакуационного отделения (рис. 4).

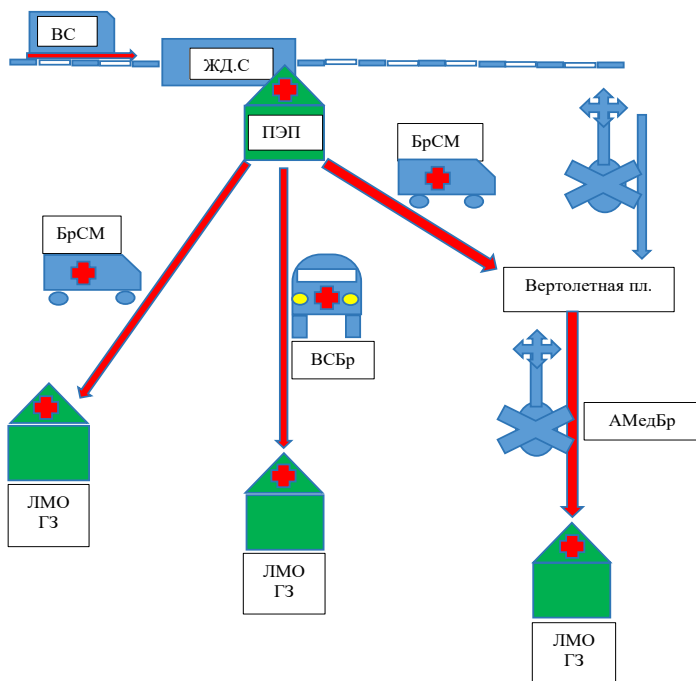


Рисунок 4. Схема организации медицинской эвакуации из/в прирельсовый эвакоприемник в тыловом районе.

Основные показания для срочной медицинской эвакуации раненых и больных из ПЭПр в ЛМО ГЗ:

- необходимость срочного хирургического вмешательства;
- неотложное состояние (ОИМ, ОНМК, сепсис и др.);
- нехватка сил и средств для организации медицинской эвакуации;
- невозможность организации своевременной медицинской эвакуации (отсутствие связи, поражение органа управления ЛМО ГЗ, большое плечо эвакуации);
- экстренная передислокация ПЭПр;
- реэвакуация раненых и больных, признанных негодными к МЭЖТ из ПЭПр.

Для проведения плановой медицинской эвакуации раненых и больных выделенными силами и средствами из/в ПЭПр региональным органом управления местного эвакопункта выделяются БрСМП с реанимобилями, состоящие в штате региональных служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф.

При необходимости организации медицинской эвакуации значительного количества раненых и больных из/в ПЭПр, превышающего возможности регионального здравоохранения, в т.ч. транзитной межрегиональной САЭ через приаэродромные (мультимодальные) эвакоприемники, наиболее рационально формировать сводные медицинские отряды (СМО). Силы и средства СМО (медицинские специалисты и санитарный транспорт) выделяются в рамках межрегионального взаимодействия.

Для оптимального управления изменяющимся потоком раненых и больных рационально проводить маневр выделенными и приданными силами и средствами медицинской эвакуации (рис. 5).

К основным функциям БрСМП, приданной ПЭПр относятся:

1. Организация и проведение срочной медицинской эвакуации раненых и больных, в т.ч. реэвакуация раненых, не подлежащих дальнейшей МЭЖТ.
2. Транспортировка лежачих раненых от вагонов ВСП к эвакоационно-сортировочному отделению ПЭПр.
3. Контроль эвакотранспортной и внутripунктовой медицинской сортировки раненых и больных.
4. Консультирование медицинских специалистов ПЭПр по вопросам предэвакуационной подготовки раненых и больных.

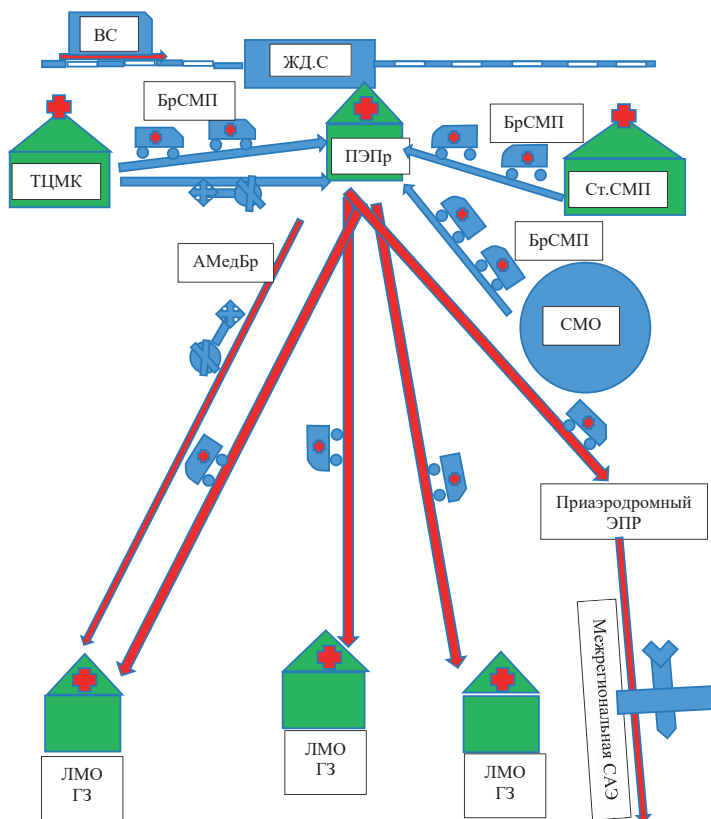


Рисунок 5. Схема медицинской эвакуации раненых и больных из прирельсового эвакоприемника выделенными силами и средствами.

5. Участие в организации очных консультаций раненых и больных сторонними медицинскими специалистами.
6. Усиление анестезиолого-реанимационных ВСБр в отделениях ПЭПр.
7. Усиление анестезиологических групп пристанционных ЛМО при проведении экстренных оперативных вмешательств раненым и больным, доставленным из ПЭПр по жизненным показаниям и организация медицинской эвакуации по назначению после стабилизации состояния этих раненых.

6.4. Особенности организации медицинской помощи в ПЭПр тылового района

В организации работы в эвакуационном приемнике не предполагается проведение хирургических операций. Кадровый состав и материально-техническое обеспечение ПЭПр определяют ограниченные возможности проведения консультаций узкопрофильными медицинскими специалистами и лабораторно-инструментальных исследований. Запасы препаратов крови в ПЭПр также резко ограничены.

Вместе с тем ухудшение состояния прибывающих в ПЭПр раненых и больных, необходимость определения дальнейшей правильной тактики лечения и медицинской эвакуации по назначению определяют необходимость проведения как экстренных хирургических вмешательств, так и дополнительных лабораторно-инструментальных исследований, массивных гемотрансфузий, консультаций.

Организация телемедицинских консультаций не всегда может решить проблемы экстренного консультирования раненых и больных в ПЭПр, из-за возможных перебоев со связью, необходимостью проведения таких консультаций в короткие сроки.

Целесообразно организовывать взаимодействие с ЛМО ГЗ, располагающей операционным отделением и лабораторно-инструментальной базой для госпитализации раненых и больных из ПЭПр с целью проведения экстренных операций, консультаций медицинскими специалистами и дополнительных лабораторно-инструментальных исследований. После стабилизации состояния и определения дальнейшей тактики медицинской эвакуации раненые и больные транспортируются по назначению.

Также целесообразно проводить срочную медицинскую эвакуацию в ЛМО ГЗ, находящиеся не далее 30–40 км от ПЭПр. При отсутствии таких ЛМО ГЗ возможна организация оперативной и консультативной медицинской помощи на базе передвижных диагностически-консультативных железнодорожных комплексов, передислоцированных в место развёртывания ПЭПр.

6.5. Особенности проведения медицинской сортировки раненых и больных, эвакуируемых железнодорожным транспортом

В ряде случаев, например для сокращения плеча медицинской эвакуации и сроков транспортировки раненых в специализированные отделения ЛМО ГЗ, рационально организовать выгрузку раненых и больных из ВСП на нескольких станциях помимо ПЭПр. Для этого организуются выездные сортировочные ВСБр (ВС-ВСБр). Согласовывается станция посадки ВС-ВСБр с главным врачом ВСП.

Соответствующее решение принимается главным врачом ПЭПр и согласовывается с органом управления МЭП. После согласования станций выгрузки и дальнейшей маршрутизации раненых выделяется необходимое количество санитарного транспорта, время его прибытия и места стоянки. Необходимо выделять резерв санитарного транспорта от 10,0% до 15,0% планируемого количества выгружаемых лежачих раненых и больных, вследствие возможного ухудшения состояния раненых после выгрузки. Время прибытия санитарного транспорта на станцию выгрузки не позднее чем за 1 час до прибытия ВСП. Места стоянки согласовываются заранее с дежурным по станции (вокзалу) и военным комендантом, огораживаются и охраняются силами работников железнодорожной станции. Из числа медицинских специалистов в составе резерва санитарного транспорта выделяется группа сопровождения, определяющая порядок подачи санитарного транспорта к перрону железнодорожной станции.

Порядок прибытия, готовности санитарного транспорта и приданных медицинских специалистов контролируется заместителем главного врача ПЭПр.

В зависимости от оперативной обстановки и по согласованию с органом управления местным эвакуопунктом ВС-ВСБр организуются из числа сотрудников ПЭПр или из медицинских специалистов ЛМО ГЗ. ВС-ВСБр организуются из расчета не менее 1 бригады на станцию выгрузки. В состав ВС-ВСБр входят врач хирург, врач терапевт, несколько медицинских регистраторов. Выделяется один врач анестезиолог-реаниматолог на железнодорожный состав.

В составе ВС-ВСБр выделяется старший врач, ответственный за организацию работы сортировочных бригад в пути следования. Наиболее рационально назначать старшего врача из состава ВС-ВСБр, курирующей медицинскую сортировку раненых для последней станции выгрузки.

ВС-ВСБр выдвигаются заранее на станцию подсадки, расположенную за 3–4 станции (не менее 1 часа хода) до первой станции выгрузки раненых и больных. После посадки в ВСП старший врач ВС-ВСБр докладывает о прибытии бригад, порядке выгрузки раненых главному врачу ВСП, ознакомливается с электронным каталогом (журналом) наличия раненых и больных на ВСП, определяет порядок обхода вагонов ВС-ВСБр.

Во время совместного обхода с врачами ВСП проводится эвакуотранспортная медицинская сортировка раненых. Каждая ВС-ВСБр заполняет акт выгрузки раненых для своей железнодорожной станции. Акт содержит паспортные данные раненого, диагноз, степень мобильности, название ЛМО ГЗ в которую раненый будет эвакуирован после выгрузки. Случаи внеплановой срочной выгрузки на железнодорожной станции раненых (умерших) согласуются отдельно главным врачом ВСП с главным врачом ПЭПр. Акт выгрузки подписывается ответственным врачом ВС-ВСБр и вагонным врачом ВСП. После проведенного обхода старший врач ВС-ВСБр докладывает его результаты главному врачу ВСП и (по связи) заместителю главного врача ПЭПр. Следует отработать распоряжение о внесении изменений в электронный каталог наличия раненых в ВСП и времени подготовки раненых и соответствующей документации к выгрузке.

Порядок выгрузки раненых и больных определяется конкретными условиями на железнодорожной станции разгрузки: погодных условий, наличия укрытий, навесов, удаленности подъездных путей и др. Возможна одновременная выгрузка раненых из всех вагонов или последовательная повагонная выгрузка.

Выгрузка раненых из ВСП проводится после встречи ВС-ВСБр с группой сопровождения санитарного транспорта. Окончательно согласовывается порядок подачи санитарного транспорта, площадки выгрузки раненых, маршрут доставки раненых и больных к санитарному транспорту. Ответственным врачом ВС-ВСБр подается команда начальнику поезда на начало выгрузки раненых.

ВС-ВСБр проводит контроль разгрузки, посадки, обеспеченности медицинскими документами раненых и больных на всем протяжении выгрузки. После окончания выгрузки ответственный (старший) врач ВС-ВСБр и ответственный врач ВСП подписывают акт разгрузки раненых на железнодорожной станции, который остается на ВСП. Подается команда начальнику поезда об отправлении ВСП.

ВС-ВСБр остается на железнодорожной станции выгрузки вплоть до отбытия в ЛМО ГЗ последнего раненого. После чего незамедлительно докладывает об окончании своей работы заместителю главного врача ПЭПр и убывает на основное место работы.

6.6. Особенности формирования групп сопровождения временных военно-санитарных поездов

При организации массовой медицинской эвакуации железнодорожным транспортом больных и пострадавших из ЛМО ГЗ тылового района в другие регионы страны на ПЭПр возлагаются функции по формированию групп сопровождения временных военно-санитарных поездов (ВВСП). В зависимости от количества транспортируемых раненых формируются мобильная медицинская бригада, проводящая МЭЖТ (ММБр-МЭЖТ) или мобильный медицинский отряд на железнодорожном транспорте (ММО-МЭЖТ).

Штатный состав и материально-техническое обеспечение групп сопровождения ВВСП формируются органом управления МЭП, согласно заявкам главного врача ПЭПр.

Штатный состав ММБр-МЭЖТ необходимо формировать в расчете одна ММБр-МЭЖТ на пассажирский вагон.

Состав ММБр-МЭЖТ для вагона с тяжелопострадавшими включает: 3–5 врачей СМП, 1–2 врача анестезиолога-реаниматолога, 10 фельдшеров СМП. При необходимости в состав ММБр-МЭЖТ включаются профильные специалисты из расчета одна ВСБр (хирургическая, травматологическая, ожоговая) на пассажирский вагон. В состав ВСБр могут быть задействованы как специалисты ЛМО НУЗ ОАО «РЖД», так и специалисты государственных ЛМО ГЗ. Руководителем ММБр-МЭЖТ целесообразно назначать врача анестезиолога-реаниматолога с опытом МЭЖТ.

ММО-МЭЖТ формируется из нескольких ММБр-МЭЖТ и административно-хозяйственной части. Административно-хозяйственная часть включает главного врача ВВСП, старшую медицинскую сестру ВВСП, двух медицинских регистраторов, двух медицинских инженеров, по звену санитаров-носильщиков на один вагон с ранеными.

Особенности МЭЖТ раненых и больных в необорудованных или модифицированных железнодорожных вагонах обуславливают особенности материально-технического обеспечения ММБр-МЭЖТ.

Длительность транспортировки больных и пострадавших к железнодорожному вагону, необходимость проведения оксигенотерапии у больных и пострадавших с дыхательной недостаточностью обусловили включение в состав табеля ММБр-МЭЖТ кислородных баллонов объемом не менее 5 литров.

Возможность прикрепления к ММБр-МЭЖТ медицинских специалистов узкого профиля и необходимость перевязок в пути следования обусловили необходимость включения в состав табеля оснащения ММБр-МЭЖТ перевязочных средств, гемостатических средств, хирургических инструментов.

Необходимость оксигенотерапии больных и пострадавших в ЧС при длительной МЭЖТ обусловили необходимость включения концентраторов кислорода.

Ограниченное количество электрических розеток в пассажирских вагонах и их фиксированное расположение обусловили необходимость включения сетевых удлинителей.

Предлагаемый табель оснащения ММБр-МЭЖТ представлен в Приложении.

6.7. Особенности погрузки раненых и больных на железнодорожный транспорт

Для организации МЭЖТ раненых и больных эвакоприемник разворачивается обычно вблизи станции погрузки. В районе железных дорог для погрузки раненых и больных устраиваются прирельсовые приемники на 300–500 мест. Доставка раненых и больных в прирельсовый приемник осуществляется заблаговременно. При этом, если погрузка в поезда производится ночью, раненые и больные доставляются в отделение эвакоприемника, как правило, в светлое время суток.

Погрузку раненых и больных в поезда производят санитары-носильщики эвакуационного приемника, в помощь которым при необходимости могут выделяться санитары ближайших ЛМО ГЗ, легкораненые и волонтеры (табл. 1).

Таблица 1

Потребность санитаров -носильщиков для погрузки раненых и больных в вагоны ВСП

Требуется санитаров-носильщиков для погрузки в вагон для тяжелораненых	
С земли 6–8 чел. для доставки к вагону плюс 2 чел. в вагоне (45–50 мин.)	С высокой платформы (рампы): 2 чел. для выгрузки носилок из автомобиля плюс 4–6 чел. на один вагон (35–40 мин.)

Потребность в санитарах-носильщиках для погрузки раненых и больных на суда может быть определена по формуле (В. В. Федотов, 1963):

$$K = \frac{B}{L \times O}$$

где К — число носилочных звеньев, В — время приема эвакуируемых, Л — число раненых и больных (носилочных), О — время оборота носилочного звена.

Таким образом, комплексный подход к решению организационных, управленческих, медицинских и технических актуальных вопросов работы ПЭПр как этапа медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих при СВО не только в системе здравоохранения страны, но и в других министерствах и ведомствах, которыми регулируется взаимодействия в системе ЛЭО демонстрирует необходимость решения межведомственных задач для дальнейшего развития и совершенствования лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в условиях военных конфликтов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Табель оснащения мобильной медицинской бригады для проведения медицинской эвакуации железнодорожным транспортом

№ п/п	Наименование оборудования (оснащения)	Кол-во, шт.
1	Дефибриллятор-монитор (бифазный импульс, встроенный принтер, электроды взрослые и детские, функции электрокардиостимуляции, пульсоксиметрии и неинвазивного измерения артериального давления)	2
2	Электрокардиограф трехканальный с автоматическим режимом (наличие дисплея, синхронная запись 12-ти отведений, графическое отображение по три отведения или более, воспроизведение электрокардиограммы с последующей дополнительной обработкой сигнала, с возможностью подключения к компьютеру)	1
3	Монитор пациента реанимационно-анестезиологический транспортный (мониторирование электрокардиограммы в 3-х отведениях; с функциями неинвазивного измерения артериального давления, капнометрии, пульсоксиметрии, измерения температуры тела пациента; со встроенным принтером, с возможностью переноса данных на компьютер)	8
4	Пульсоксиметр портативный транспортный в комплекте со взрослым и детским датчиками	8
5	Аппарат портативный управляемой и вспомогательной искусственной вентиляции легких для скорой медицинской помощи с режимами искусственной и вспомогательной вентиляции легких для взрослых и детей от 1 года, комплект системы для ингаляции кислорода — маска и трубка (взрослый и детский), набор дыхательных контуров; комплект фильтров для дыхательного контура одноразовый (детский и взрослый), встроенный или внешний волнометрический блок	по требованию
6	Редуктор-ингалятор кислородный для проведения кислородной (кислородно-воздушной) и аэрозольной терапии, обеспечивающий подсоединение аппарата искусственной вентиляции легких, в комплекте с кофром (сумкой), основным и запасным баллонами кислородными объемом не менее 5 л каждый	по требованию
7	Электроотсасыватель с бактериальным фильтром	8
8	Портативный компрессорный небулайзер (ингалятор)	по требованию
9	Экспресс-измеритель концентрации глюкозы в крови портативный с набором тест-полосок	2

10	Анализатор портативный клинический с возможностью определения газов крови, электролитов, метаболитов, тропонина I, креатинкиназы, протромбинового времени, международного нормализованного отношения и активированного времени свертывания с набором картриджей	1
11	Портативный аппарат для временной эндокардиальной и чрезпищеводной электрокардиостимуляции	по требованию
12	Комплект средств для определения маркеров повреждения миокарда	по требованию
13	Устройство автоматическое для сердечно-легочной реанимации	1
14	Насос шприцевой (дозатор лекарственных средств)	8
15	Насос роликовый инфузионный	по требованию
16	Щит спинальный с устройством для фиксации головы, рентгенпрозрачный, амагнитный	4
17	Носилки санитарные бескаркасные	4
18	Носилки санитарные складные	2
19	Носилки кресельные складные	2
20	Комплект из четырех шин-воротников разного размера для взрослых либо две шины регулируемого размера для взрослых	2
21	Комплект из трех шин-воротников разного размера для детей либо две шины регулируемого размера для детей	2
22	Шина для конечностей длиной 60 см	10
23	Шина для конечностей длиной 80 см	10
24	Шина для конечностей длиной 120 см	10
25	Комплект повязок разгружающих для верхней конечности (для взрослых и детей)	5
26	Косынка медицинская	10
27	Одеяло с подогревом (термоодеяло)	8
28	Матрас вакуумный иммобилизационный с разнонаправленными ремнями разного цвета, для обеспечения фиксации по передней поверхности тела	4
29	Укладка специализированная (реанимационная) для оказания скорой медицинской помощи	2
30	Набор реанимационный для оказания скорой медицинской помощи	2
31	Набор реанимационный педиатрический для оказания скорой медицинской помощи	1
33	Набор акушерский для оказания скорой медицинской помощи	1
34	Комплект противоэпидемический выездной бригады скорой медицинской помощи	по требованию

35	Контейнер термоизоляционный с автоматическим поддержанием температуры инфузионных растворов на 6 флаконов либо один контейнер на 12 флаконов	4
36	Баллон газовый объемом 10 л с вентилем под кислород с редуктором к баллону либо иной источник кислорода, обеспечивающий пневмопитание газодыхательной аппаратуры	по требованию
37	Фонарь налобный аккумуляторный	по требованию
38	Жилет сигнальный разгрузочный медицинский, соответствующий 2-му классу сигнальной одежды повышенной видимости	по требованию
39	Маска-респиратор защитный (одноразовый) медицинский с клапаном выдоха	по требованию
40	Очки или экран защитный для глаз	по требованию
41	Клеенчатый фартук	по требованию
42	Дезинфекционное средство (для обработки рук, объемом не менее 70 мл)	4
43	Дезинфекционное средство (для обработки поверхностей, объемом не менее 1 л)	4
44	Хлопчатобумажные салфетки одноразовые	по требованию
45	Ведро пластиковое	по требованию
46	Контейнер с дезинфицирующим раствором для использованных игл	2
47	Контейнер пластиковый для использованных инструментов, расходных материалов	2
48	Контейнер для медицинских отходов класса В	5
49	Мешки для мед. отходов класса А, Б (объемом не менее 10 л)	50
50	Средство радиосвязи	2
51	Обогреватель детский неонатальный	по требованию
52	Монитор пациента неонатальный (с мониторными отведениями; с функциями неинвазивного измерения артериального давления, капнометрии, пульсоксиметрии, температуры; с возможностью подключения к компьютеру; со встроенным принтером)	по требованию
53	Аппарат искусственной вентиляции легких для новорожденных (может быть встроенным в инкубатор) с одноразовым комплектом фильтров для дыхательного контура, с комплектом системы для ингаляции кислорода — маска и трубка (взрослый и детский), с набором дыхательных контуров	по требованию

54	Набор реанимационный педиатрический для оказания скорой медицинской помощи	Не менее 1
55	Набор реанимационный неонатальный для оказания скорой медицинской помощи	по требованию
56	Бинт марлевый медицинский нестерильный (5 м x 5 см)	10
57	Бинт марлевый медицинский стерильный (5 м x 10 см)	10
58	Бинт марлевый медицинский стерильный (7 м x 14 см)	10
59	Бинт эластичный сетчато-трубчатый фиксирующий (N 3)	10
60	Бинт эластичный сетчато-трубчатый фиксирующий (N 4)	10
61	Вата медицинская гигроскопическая (250 г)	3
62	Губка гемостатическая	3
63	Жгут кровоостанавливающий с дозированной компрессией (резиновый или матерчатый-эластичный)	5
64	Зажим медицинский кровоостанавливающий изогнутый	5
65	Зажим медицинский кровоостанавливающий прямой	5
66	Игла для пункции, дренирования и проколов	5
65	Скальпель хирургический одноразовый	5
66	Набор для дренирования плевральной полости (с двойным обратным клапаном)	5
67	Контейнер (емкость) для предстерилизационной очистки, дезинфекции и стерилизации медицинских изделий	по требованию
68	Концентратор кислорода	по требованию
69	Набор перевязочный (большой)	2
70	Набор перевязочный (малый)	2
71	Ножницы для разрезания повязок по Листеру	2
72	Пакет гипотермический	10
73	Пинцет медицинский	2
74	Сумка холодильник для хранения лекарственных средств	1
75	Шовный атравматический материал	5
76	Набор хирургических игл	5
77	Шпатель деревянный стерильный	10
78	Укладка для оказания скорой медицинской помощи при анафилактическом шоке	1
79	Укладка общепрофильная для оказания скорой медицинской помощи	5
80	Удлинитель сетевой с заземлением, длиной не менее 10 метров	4

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон РФ от 31 мая 1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне».
2. Федеральный закон РФ от 26 февраля 1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации».
3. Мобилизационная подготовка здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. Ю.И. Погодина // М: ООО «Типография Парадиз», 2006. — 224 с.
4. Мобилизационная подготовка здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. И.М. Чижа. — М: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2011. — 140 с.
5. Погодин, Ю.И. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне / Ю.И. Погодин, В.В. Кульбачинский, В.Р. Медведев, Ю.В. Тарасевич // Российский вестник. — 2015. — Т. 5, №1. — С. 6-15.
6. Семека, А.С. Зарождение и развитие советской военной медицины в годы военной интервенции и гражданской войны (К 40-летию окончания гражданской войны) / А.С. Семека, Л.Н. Зимонт. // Воен.-мед. журн. — 1960. — № 12. — С.72.
7. Хан, В.В. Мобилизационная подготовка здравоохранения / В.В. Хан, С.Н. Линченко, С.Н. Лапочкин, И.В. Щимаева / Учеб. Пособ.// Краснодар: изд. Куб. ГУ. — 2011. — 64 с.
8. Бызов А. В., Шабанов Т. В. Перспективы применения железнодорожного транспорта для медицинской эвакуации пострадавших при чрезвычайных ситуациях в Российской Федерации //Скорая медицинская помощь-2020. — 2020. — С. 23-24.
9. Интернет источник: <https://msf.org.uk/article/war-ukraine-guide-msfs-ambulance-train>
10. Котив Б.Н., Самохвалов И.М., Чуприна А.П., Бельских А.Н., Бадалов В.И. и др. Указания по военно-полевой хирургии. Министерство обороны РФ. Москва. — 2020 — С.7.
11. Нечаев Э.А. Опыт медицинского обеспечения советских войск в Афганистане и вопросы дальнейшего развития военной медицины // Военно-медицинский журнал. 1992. № 4-5. С. 5-14.
30. Касимов Р.Р., Махновский А.И., Миннуллин Р.И. и др. Медицинская эвакуация: организация и критерии транспортабельности пострадавших с тяжелой травмой // Политравма. 2018. №4. С. 14–21.
31. Baranova, N., Boby, B., Nechaeva, N. Medical Evacuation and Liquidation of the Medical-Sanitary Aftereffects in Crisis. Journal of the World Association for Emergency and Disaster Medicine «Prehospital and Disaster Medicine», 37(2), 2022, Pages 255-258.

Формат 60х90/16, объем 2,75 усл. печ. л.

Бумага 80 г/м². Offsetная. Гарнитура Times New Roman.

Тираж 1000 Заказ № 2026-462-мб

Отпечатано в типографии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
123098, Москва, ул. Живописная, 46

Тел. +7 (499) 190-93-90

redm@mail.ru, lochin59@mail.ru

www.fmbafmbc.ru

