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., Маслов П.В., Старков А.С.

ПОРЯДОК ОТВОДА И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГРАЖДАНСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ОСНОВЫ ИХ ГОТОВНОСТИ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Методические рекомендации

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., Маслов П.В., Старков А.С.

ПОРЯДОК ОТВОДА И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ГРАЖДАНСКИХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ОСНОВЫ ИХ ГОТОВНОСТИ К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Методические рекомендации

Москва 2026

УДК 351.86
ББК 68.72
Г65

Гончаров С.Ф., Маслов П.В., Старков А.С. Порядок отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций для лечения раненых и больных военнослужащих, основы готовности к работе в условиях вооруженных конфликтов. Учебное пособие. — М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026. — 52 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;

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

Старков Алексей Сергеевич — доцент кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

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.

Изучено состояние и выполнена оценка нормативного регулирования и методического сопровождения порядка отвода и функционирования, а также технологии определения готовности к работе лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время; показано и обосновано несовершенство нормативно-методических документов по изучаемым вопросам.

С применением специально разработанной анкеты по обследованию состояния порядка отвода и функционирования лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих (Приложение А), выявлены проблемные вопросы, способные оказать влияние на участие этих медицинских организаций в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов.

В результате исследования впервые разработаны и предложены методические подходы, рекомендуемые для определения лечебных медицинских организаций, основным предназначением которых является прием, оказание медицинской помощи и лечение раненых и больных военнослужащих, поступающих из военно-медицинских организаций (госпиталей), дислоцирующихся на территории военных округов; организационные основы функционирования таких гражданских лечебных медицинских организаций; технология организации и определения готовности отводимых указанных лечебных медицинских организаций к выполнению возлагаемых на них задач.

ISBN 978-5-93064-464-7 © ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

Перечень сокращений и обозначений 4

Введение 5

1. Нормативное регулирование и методическое сопровождение отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в особый период 15

2. Основы отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных в особый период 20

3. Методические подходы к определению готовности гражданских лечебных медицинских организаций к выполнению возлагаемых задач в период мобилизации и в особый период 38

Заключение 47

Список использованных источников 50

Перечень сокращений и обозначений

абс. ч	— абсолютное число
ВПК	— Военный промышленный комплекс
ВСП	— Военный санитарный поезд
ВЦСПС	— Всесоюзный центральный совет профессиональных союзов
ЛМО	— Лечебная медицинская организация
Минздрав России	— Министерство здравоохранения Российской Федерации
Наркомздрав (НКЗ)	— Народный комиссариат Здравоохранения
НИР	— Научная исследовательская работа
СВО	— Специальная военная операция
СФЗ	— специальные формирования здравоохранения
ТГЗ	— Тыловой госпиталь здравоохранения
эвакогоспиталь (ЭГ)	— эвакуационный госпиталь Наркомздрава

Введение

Опыт ведения войн конца 18 и начала 19 веков, особенно длительных и крупномасштабных, свидетельствует о том, что в результате боевых действий возникало большое число раненых и больных среди воинов, имел место рост инфекционной заболеваемости, который нередко приводил к эпидемическим вспышкам и даже эпидемиям. С началом боевых действий, имевшиеся в войсках действующей армии полевые лечебные медицинские учреждения (госпитали) быстро заполнялись, переполнялись ранеными и больными, что, естественно, негативно сказывалось на качестве организации и оказываемой медицинской помощи, и их лечения [1–3]. Такое положение затрудняло передвижение и маневр войск, сковывало их действия, вело к отставанию, часто на значительное удаление от них госпиталей. Основным выходом из столь сложной обстановки являлась необходимость осуществления эвакуации большого числа раненых и больных в лечебные медицинские учреждения, расположенные за пределами тыловых границ действующей армии, главным образом, в тылу страны, где предстояло организовывать выполнение дальнейшего лечения [1, 2].

Для подтверждения данной тенденции, востребованности и практической реализации указанного вывода можно привести следующие факты. В период русско-японской войны 1904–1905 гг. по данным официального отчета Главного военно-санитарного управления, число эвакуированных из района действующей армии в лечебные медицинские учреждения тыла страны достигало 308852 чел., что составляло 83% от общего числа поступивших в эти медицинские учреждения [4]. В Первую мировую войну 1914–1918 гг. с августа 1914 г. по 15 ноября 1916 г. с театра военных действий в лечебные медицинские учреждения тыла страны для дальнейшего лечения поступило 4154493 раненых и больных, что потребовало формирования значительного количества госпиталей, главным образом, за счет общественных организаций — Союзов городов, общества Красного Креста, Земского общества и других [1, 2].

В ходе советско-финляндской войны, несмотря на ее непродолжительный период (с 30.11.1939 по 12.03.1940 гг.), Красная

Армия понесла значительные санитарные потери. С ноября 1939 г. по август 1940 г. из госпитальных баз Северо-Западного фронта было эвакуировано в эвакуационные госпитали тыла страны 142 925 раненых и больных [1]. Для их лечения в восьми военных округах (Киевском, Московском, Орловском, Приволжском, Уральском, Белорусском, Харьковском и Северо-Кавказском) было развернуто 214 эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР общей коечной емкостью на 81412 коек [1]. Из изложенного можно сделать вывод о том, что несмотря на непродолжительность войны и ее локальный характер, страна вынуждена была привлечь существенные медицинские ресурсы гражданского здравоохранения для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в тыловых лечебных медицинских учреждениях.

Опыт медицинского обеспечения боевых действий, особенно в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., убедительно говорит о том, что значительному числу раненых и больных военнослужащих была оказана медицинская помощь и осуществлено лечение в специальных медицинских учреждениях, так называемых эвакуационных госпиталях Народного комиссариата здравоохранения СССР, ВЦСПС, созданных и функционирующих за пределами тыловой полосы фронтов — в глубоком тылу страны [5–12].

Необходимо обратить внимание на то, что эти эвакогоспитали решали важные трудоемкие задачи в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения, выполняемого в целях спасения жизни и сохранения здоровья, восстановления боеспособности и трудоспособности раненым и больным военнослужащим. В указанные госпитали раненые и больные поступали на протяжении всего периода войны из военных госпиталей, в основном, входящих в состав тыловых госпитальных баз фронтов (флотов).

О роли эвакогоспиталей Наркомздрава СССР в лечении раненых и больных военнослужащих убедительно свидетельствуют данные, характеризующие долю госпитальных коек, развернутых в этих госпиталях, в их общем количестве в течение всех лет войны (табл. 1).

Таблица 1

Доля коек лечебных медицинских учреждений действующей армии и тыловых эвакуационных госпиталей в их общем количестве, % [13]

Год, месяц	Действующая армия		Тыловые эвакуационные госпитали
	госпитальные базы армий	госпитальные базы фронтов	
1941, август	9,1	22,8	68,1
1942, январь	7,4	28,4	64,2
1942, сентябрь	16,4	35,3	48,3
1943, январь	27,6	27,5	44,9
1944, январь	30,1	35,1	34,8

Как видно из табл. 1, несмотря на изменение оперативно-стратегической обстановки на фронтах, развитие организационной структуры госпитальных баз действующей армии и входящих в их состав военных госпиталей, доля коек эвакуационных госпиталей, расположенных в тылу страны, оставалась значительной и составляла 34,8–68,1% от общего количества госпитальных коек, имеющихся в госпитальных базах армий, фронтов и эвакогоспиталях Наркомздрава СССР [1,13].

Действующая армия за счет эвакогоспиталей получала значительное пополнение. Так, только в 1944 году из эвакогоспиталей Наркомздрава СССР, расположенных на территории военных округов, ежедневно возвращалось в строй около 2,5 тыс. чел. овек. Это означало, что ряды защитников Родины ежемесячно пополнялись 7–8 полноценными дивизиями того состава [5].

За годы войны, для нужд армии и флота, гражданским здравоохранением было сформировано и развернуто 2990 эвакуационных госпиталей на 1340400 коек. В ведении Наркомздрава СССР находилось около половины всей госпитальной коечной сети, имевшейся в стране для лечения раненых и больных военнослужащих [5].

Несомненно, эти результаты организации и лечения раненых и больных военнослужащих в эвакогоспиталях тыла страны применительно к новым условиям современных военных конфликтов имеют большую практическую ценность и востребованность. Данный вывод подкрепляется опытом организации оказания медицинской помощи раненым и больным военнослужащим в ходе специальной военной операции. Так, в 2023 г.

медицинская помощь таким пациентам оказывалась в 32 гражданских лечебных медицинских организациях, в которых пролечено более 18 тыс чел.овек, а в первые семь месяцев 2024 г. она оказывалась уже в 79 медицинских организациях и было пролечено свыше 49 тыс военнослужащих [14–20]. Даже эти данные об опыте медицинского обеспечения участников СВО убеждают в том, что в условиях длительного вооруженного конфликта практически без объявления широкой мобилизации требуется привлекать ресурсы гражданского здравоохранения страны для оказания медицинской помощи раненым и больным военнослужащим, их лечения и медицинской реабилитации, в том числе медицинской эвакуации различными видами транспорта.

Необходимо отметить, что значимость задач по организации и оказанию медицинской помощи, лечению, сохранению здоровья, бое-и трудоспособности, профессионального долголетия раненым и больным военнослужащим в ходе современных военных конфликтов существенно возрастает.

Процесс формирования новой полицентричной модели мироустройства сопровождается тенденцией роста глобальной и региональной нестабильности; в странах НАТО и некоторых соседних с Россией государствах идут процессы милитаризации и гонки вооружений, не исключена вероятность решения конфликтов военным путем [23, 24]. В современном мире продолжается формирование различных геополитических центров сил, которые нацелены на передел геостратегического пространства, экономических и природных ресурсов планеты. Такое положение требует осуществлять развитие системы безопасности Российской Федерации, что и реализуется в рамках специальных государственных программ. Безусловно это касается и сферы здравоохранения страны, его готовности к успешному функционированию особенно в условиях продолжительных крупномасштабных военных конфликтов, в том числе к участию в общей системе оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

Опыт ведения вооруженных конфликтов, контртеррористических операций, специальной военной операции позволяет утверждать с высокой степенью вероятности, что современные войны будут вестись с широким применением высокоточного оружия и новых видов вооруженной борьбы, способных поражать личный состав войск и боевую технику, пункты управления,

объекты ВПК и транспортных коммуникаций, объекты энергосистемы, системы жизнеобеспечения, другие объекты имеющие важное оборонное значение, находящиеся на большом удалении от зоны боевых действий. При этом они будут сопровождаться интенсивной информационной борьбой и психологическим воздействием прежде всего на военнослужащих, участвующих в боевых действиях.

Всё вместе взятое способствует возникновению среди военнослужащих, преимущественно действующей армии, большого числа раненых и больных, нуждающихся в оказании медицинской помощи и длительном лечении в условиях стационаров гражданских лечебных медицинских организаций.

Видимо, можно согласиться с тем, что в ходе локальных непродолжительных вооруженных конфликтов военно-медицинские лечебные формирования и организации в основном в полной мере способны обеспечить потребности в медицинской помощи и полноценном лечении раненых и больных военнослужащих, а также в медицинской реабилитации. Совсем иначе может обстоять дело с решением указанной столь социально значимой задачи силами и средствами военно-медицинской службы в условиях особенно длительного ведения крупномасштабного военного конфликта. Следовательно, определенная часть раненых и больных военнослужащих с соответствующими поражениями (ранениями, травмами), заболеваниями вполне обоснованно может получать медицинскую помощь, лечение и медицинскую реабилитацию в функционирующих ЛМО, подведомственных Минздраву России, другим федеральным органам исполнительной власти, государственным корпорациям и службам, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Вышеизложенное убедительно указывает на необходимость более основательно на научной основе заниматься заблаговременно вопросами готовности ЛМО (специальных формирований здравоохранения), отводимых и функционирующих в целях приема, организации и оказания медицинской помощи и лечения отдельных контингентов раненых и больных военнослужащих в условиях объявления мобилизации и в военное время. Достижение этой цели становится более значимой составляющей общего комплекса мероприятий, обеспечивающих высокую готовность Вооруженных Сил Российской Федерации и других

силовых структур (ведомств), безопасность страны в целом. Для того, чтобы в настоящее время так утверждать, есть на это объективные основания.

Изучение данной проблемы показало, что такое положение обусловлено рядом факторов, основными из которых являются: ограниченные возможности по людским ресурсам; демографические проблемы; сложность и наукоемкость современного вооружения и боевой техники, что требует длительной подготовки военных специалистов и больших финансовых затрат для ее осуществления; высокие поражающие возможности, в том числе на большую глубину, современного особенно высокоточного оружия; увеличение доли раненых среди их общего числа лиц с множественными и сочетанными ранениями (политравмой), а также лиц, нуждающихся в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и длительном лечении, медицинской реабилитации в условиях стационаров ЛМО.

В настоящее время сложилось так, что сфера здравоохранения страны практически не располагает официально принятой четкой всесторонне обоснованной с учетом современной военной доктрины, военно-политической и экономической обстановки, достижений медицинской науки и практики концепцией дальнейшего развития порядка участия гражданских лечебных медицинских организаций в оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время. Данное положение обусловлено и тем, что в течении более 25 лет фактически не выполнялись прежде всего комплексные научные работы по профильной тематике.

Представленные данные подчеркивают актуальность проблемы организации и оказания медицинской помощи, лечения раненых и больных военнослужащих в лечебных медицинских организациях системы гражданского здравоохранения.

Целью настоящего исследования является — на основе результатов изучения и анализа состояния порядка отвода и функционирования, а также технологии определения готовности гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов, разработать предложения по их дальнейшему совершенствованию.

Задачи исследования:

1. Проанализировать состояние нормативно-правового регулирования и методического сопровождения порядка отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

2. Разработать и обосновать предложения по совершенствованию порядка отвода, функционирования и определения готовности гражданских лечебных медицинских организаций к выполнению задач, возлагаемых на них в условиях военных конфликтов.

Материалы, методы и организация исследования

Предметом научного исследования в представляемом научном отчете являлись порядок отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов, а также технология определения их готовности к работе.

В качестве объектов исследования были определены:

1. Нормативные документы, регламентирующие порядок отвода, функционирования и определения готовности гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

2. Условия, влияющие на выполнение задач, возлагаемых на гражданские лечебные медицинские организации, выделенных для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

3. Требования, предъявляемые к гражданским лечебным медицинским организациям, отводимым для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

Для достижения поставленной цели и решения задач исследования проведен поиск наиболее доступной и не сложной методики, обеспечивающей получение объективных данных: о состоянии нормативной и методической базы, регламентирующей порядок отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослу-

жащих, в том числе о технологии определения готовности этих медицинских организаций к работе; о наиболее значимых условиях и факторах, влияющих на выполнение задач, возлагаемых на гражданские лечебные медицинские организации, порядок их отвода и функционирования, а также на готовность этих организаций к работе в условиях военных конфликтов. Наряду с этим к методике предъявлялись следующие требования: возможность комплексной оценки изучаемого явления; возможность использования методических подходов применительно к лечебным медицинским организациям различного уровня и подчиненности, а также результатов оценки основополагающих вопросов порядка отвода и функционирования ЛМО, оценки готовности этих медицинских организаций к работе по приему раненых и больных военнослужащих, оказанию им медицинской помощи и лечению, полученных с помощью экспертов; применение не только в научной, а прежде всего в практической деятельности органов управления здравоохранением (Минздрав России, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан) и ЛМО; отсутствие больших затрат и времени для сбора исходной информации и проведения масштабных и сложных экспериментов, испытаний.

В работе применялись методы, которые наиболее часто используются при выполнении научных исследований, посвященных изучению организационных вопросов работы ЛМО по оказанию медицинской помощи и лечению пациентов, а также вопросов управленческого характера, касающихся готовности и функционирования этих организаций при выполнении задач, возлагаемых на них в условиях военных конфликтов: исторический, контент-анализ, социологический (экспертной оценки), статистический и аналитический.

Источниками информации являлись: федеральные законы, постановления Правительства Российской Федерации, регламентирующие порядок организации и оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в гражданских ЛМО в период мобилизации и в военное время; нормативные и методические документы Минздрава России, определяющие деятельность специальных формирований здравоохранения; анкета по обследованию состояния порядка отвода и функционирования лечебных медицинских организаций, подведомственных Минздраву России и органам исполнитель-

ной власти субъектов Российской Федерации, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время (в военных конфликтах) (Анкета); материалы специальных учений, научные работы и публикации, посвященные изучаемым проблемным вопросам.

Указанная Анкета содержала 25 вопросов и 141 подвопрос, охватывающих и в достаточной мере раскрывающих порядок отвода и функционирования, а также технологию определения готовности к работе гражданских ЛМО, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов (Приложение А). Вопросы, содержащиеся в Анкете, разработаны с учетом предоставления экспертам возможностей для осуществления выбора многовариантной оценки.

В ходе выполнения исследования изучению и анализу было подвергнуто 278 Анкет, заполненных соответствующими медицинскими специалистами-экспертами, являющимися квалифицированными врачами-организаторами, работающими в медицинских организациях и органах управления федерального и регионального уровней здравоохранения, и представленных установленным порядком. Среди экспертов 12,9% (36 чел.) докторов и кандидатов медицинских наук. Средний стаж работы всех экспертов применительно к изучаемым проблемным вопросам составил 14,8 лет. Значительная часть из них (20,5% или 57 чел.) имела практический опыт по разработке (участию в разработке) тех или иных документов, связанных с вопросами существующего ранее или в настоящее время порядка отвода и выделения гражданских ЛМО для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих, определением готовности этих медицинских организаций к функционированию и выполнению возлагаемых на них задач в период мобилизации и в военное время. Данные, характеризующие состав экспертов, позволяют предполагать, что полученные результаты исследования имеют достаточно высокую степень статистической значимости.

Как представляется, перечень источников информации, профессиональная характеристика экспертов, сбор необходимых данных с применением Анкеты обеспечили изучение исчерпывающей и репрезентативной информации, что способствовало

получению объективных данных, формированию достаточно обоснованных выводов и предложений.

Исследование проводилось по четырем существенно отличающимся по содержанию и порядку выполнения, но связанным по решаемым задачам, этапам:

1-й этап — поиск, сбор и анализ официальных и методических документов, литературных источников по теме исследования;

2-й этап — разработка методики и специальной Анкеты обследования, определение предмета и объектов исследования, основных единиц наблюдения;

3-й этап — проведение собственного исследования и обработка полученных материалов, в том числе статистическая;

4-й этап — анализ результатов, полученных при выполнении исследования, формирование выводов и предложений, написание научного отчета.

1. Нормативное регулирование и методическое сопровождение отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в особый период

Выполнение поставленной цели настоящего исследования потребовало первоначально провести поиск нормативных и методических документов, регламентирующих порядок организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЛМО, подведомственных Минздраву России и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в период мобилизации и в военное время.

Оказалось, что нормативно-методические документы по данной проблеме были созданы и введены в действие в конце прошлого и начале 21 века [25–27]. После частичного ввода в действие некоторых документов, в них практически не вносились дополнения и изменения, обеспечивающие должное нормативное регулирование, прежде всего — порядка отвода и функционирования ЛМО, предназначаемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих. Понятно, что ряд положений по некоторым достаточно принципиальным вопросам не согласуются с современными взглядами на практическую реализацию столь важных в организационном плане указанных задач.

Такое положение подтверждается следующими данными. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что с позиций современных взглядов на участие гражданских ЛМО в общей системе оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов, уровень удовлетворенности соответствующих медицинских специалистов является не совсем оптимальным. На это указывают результаты анализа экспертных оценок изучаемого вопроса: 12,3% (34 чел.) экспертов считали, что состояние нормативного регулирования порядка отвода и функционирования ЛМО обеспечивает выполнение надлежащих мероприятий в полном объеме; частично или ограниченно обеспечивает соответственно — 32,7% (91 чел.) и 23,4% (65 чел.); 31,6% (88 чел.) экспертов затруднялись дать конкретную оценку по существу вопроса.

Даже эти данные, характеризующие состояние нормативного регулирования в рамках изучаемого направления деятельности здравоохранения, говорят о необходимости принятия всесторонне согласованных мер по совершенствованию важного механизма управления при реализации соответствующего мобилизационного задания гражданским здравоохранением.

Изучение законодательных актов по теме исследования показало, что в соответствии с федеральными законами Российской Федерации «Об обороне» и «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации» при объявлении мобилизации в стране создаются специальные формирования, предназначенные для выполнения специальных задач по обеспечению боевой деятельности Вооруженных Сил Российской Федерации [21, 22]. Положения указанных законодательных актов в полной мере касаются и сферы здравоохранения страны. Согласно этим федеральным законам для участия в лечебно-эвакуационном обеспечении военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации в период мобилизации и в военное время в тылу страны создаются специальные формирования здравоохранения, к которым относятся наряду с другими специальными медицинскими формированиями, тыловые госпитали здравоохранения. Эти госпитали (гражданские лечебные медицинские организации) в основном предназначаются для приема раненых и больных военнослужащих, поступающих из госпитальных баз (групп войск, флотов), войск военных округов, в том числе из очагов многочисленных санитарных потерь), оказания медицинской помощи, в основном специализированной, и лечения наиболее тяжелых контингентов раненых и больных до определившихся исходов, их медицинской реабилитации, восстановления бое-и трудоспособности. ТГЗ создаются для использования в интересах Вооруженных Сил, но в состав Вооруженных Сил не передаются [25,26]. Уместно отметить, что в военных конфликтах принимают непосредственное участие военнослужащие не только Минобороны России, но и военнослужащие других силовых структур — федеральных министерств и служб. Об этом убедительно свидетельствует опыт СВО. Однако, в содержании указанных документов об этих военнослужащих информации нет. Упомянутые лечебные медицинские формирования подведомственны отраслевым органам управления — Минздраву России, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан. Они

являются неотъемлемой составной частью современной системы этапного лечения раненых и больных военнослужащих, которые по завершению лечения могут быть возвращены в строй, направлены и эвакуированы для дальнейшего лечения в госпитали для ветеранов войн или уволены из Вооруженных Сил Российской Федерации (других силовых структур) и направлены по месту жительства.

Согласно положениям действующих нормативных документов, размещение тыловых госпиталей здравоохранения допускается в отводимых зданиях, расположенных в некатегорированных по гражданской обороне населенных пунктах. Позволяется отвод зданий, находящихся на территории городов, отнесенных ко второй и третьей группам по гражданской обороне [25–27]. Для тыловых госпиталей отводятся здания и помещения лечебно-профилактических учреждений независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности (госпитали ветеранов войн, больницы, санатории, дома отдыха, профилактории и т. д.) и прилегающая к ним территория. В исключительных случаях отводятся здания и помещения учебных заведений, гостиниц и других учреждений, требующие минимальных затрат материальных средств для их приспособления в период мобилизации и в военное время [27].

Следует обратить внимание на то, что в этих нормативных документах указывается не отвод в полном организационно-штатном составе и материально-технической базы как самостоятельных гражданских лечебных медицинских организаций, а лишь о их зданиях и частично о кадрах. В то же время в данных документах четко не определено какими рекомендациями (требованиями, правилами) следует пользоваться при определении лечебных медицинских организаций, рассматриваемых в целях отвода для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

При выполнении исследования установлено, что в настоящее время имеет место тенденция возрастания значимости нормативного регулирования порядка отвода и функционирования гражданских ЛМО, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время. На такое положение указывают результаты экспертной оценки данного состояния: 74,7% (208 чел.) экспертов с данной тенденцией согласны; 4,1% (11 чел.) — считали, что подобная тенденция отсутствует, а

21,2% (59 чел.) экспертов затруднялись высказать свое конкретное мнение по этому вопросу. Полученные результаты, закономерно, потребовали решить две задачи: первая — выявить перечень наиболее важных причин, обуславливающих возрастание значимости порядка отвода и функционирования ЛМО; вторая — определить удельный вес значимости (ранговое значение) конкретной причины в их общем перечне.

Оказалось, согласно мнениям экспертов, количество таких причин может достигать до 8 (табл. 2). Как видно из таблицы 2, причины под номерами 2, 4, 6 имеют наибольшую значимость — их удельный вес соответственно составляет 15,5%, 15,9% и 16,3%.

Обращает на себя внимание то, что разница удельного веса значимости выявленных причин не очень велика, и эти результаты позволяют сделать вывод о том, что при совершенствовании нормативно-методической базы, определяющей порядок регулирования отвода и функционирования гражданских ЛМО, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих, все причины предстоит учитывать. При этом положения нормативных и методических документов необходимо гармонизировать с вопросами национальной и мобилизационной безопасности, развития сферы здравоохранения страны, достижениями медицинской науки и направлениями оптимизации организации лечебно-эвакуационного обеспечения личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации и военнослужащих других силовых структур.

Как отмечалось выше, в настоящее время сфера здравоохранения страны не располагает всесторонне научно обоснованной и официально утвержденной концепцией организации и оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации в гражданских ЛМО, в том числе медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих силовых ведомств в условиях военных конфликтов. Такое положение не способствует совершенствованию нормативно-методической базы по изучаемым в исследовании вопросам и позволяет сомневаться в наличии полноценной и устойчивой при функционировании системы гражданских ЛМО, принимающих участие в лечебно-эвакуационном обеспечении военнослужащих в период мобилизации и в военное время.

Таблица 2

Основные причины, обуславливающие необходимость совершенствования нормативного регулирования и методического сопровождения порядка отвода и функционирования ЛМО, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время

№ п/п	Причины, требующие совершенствования нормативного регулирования и методического сопровождения порядка отвода и функционирования ЛМО	Удельный вес данной причины, в % (ранговое значение причины, в абс.ч.)
1	Развитие инфраструктуры сферы здравоохранения	14,9 (5)
2	Новые организационные подходы к созданию (формированию) специальных формирований здравоохранения) за счет отвода функционирующих ЛМО	15,5 (3)
3	Потребность в развитии и совершенствовании организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в ЛМО с учетом достижений медицинской науки и практики здравоохранения	15,2 (4)
4	Изменившиеся условия геополитического положения России: вывод войск Вооруженных Сил из отдельных стран Европы; распад СССР (боевые действия могут начинаться непосредственно в приграничной зоне страны)	15,9 (2)
5	Потребность в выделении функционирующих ЛМО для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях ведения военного конфликта без объявления мобилизации (пример — СВО)	3,2 (8)
6	Возникновение в ходе современного военного конфликта значительного числа раненых и больных военнослужащих, нуждающихся в оказании медицинской помощи и длительном лечении в условиях стационаров гражданских ЛМО	16,3 (1)
7	Реализация мероприятий в сфере здравоохранения, направленных на повышение безопасности и обороноспособности страны	5,2 (7)
8	Развитие и совершенствование реализации принципа эшелонирования организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих, в том числе в гражданских ЛМО	13,8 (6)

2. Основы отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных в особый период

Современные организационные подходы к участию гражданских ЛМО в оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных военнослужащих заключаются в полном (вместе с медицинскими работниками и материально-технической базой) отводе и выделении необходимых ЛМО для указанной цели. Такое решение большинством экспертов (54,3% или 151 чел.) было оценено как взвешенным и оптимальным. Однако, отсутствие глубокой всесторонней научной проработки данного подхода способствует формированию неоднозначных мнений. Так, 13,8% экспертов затруднялись в его оценке, 11,5% — указали на то, что оно не лишено недостатков, 10,3% — считали, что такое решение является спорным, а 10,2% экспертов убеждены в необходимости проведения специального комплексного исследования с проверкой его результатов на исследовательских и опытных учениях. Иными словами, 45,7% (127 чел.) экспертов сформирован запрос на однозначные, научно обоснованные критерии, обеспечивающие принятие решения по порядку отвода стационарных гражданских ЛМО, выделяемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих.

В связи с тем, что для участия в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих могут выделяться гражданские ЛМО как федерального, так и регионального уровней здравоохранения с привлечением мнения экспертов были уточнены исполнители, осуществляющие определение и отбор таких ЛМО. Экспертные заключения по данному вопросу, касающиеся федеральных ЛМО, распределились следующим образом: 15,3% (42 чел.) экспертов отметили, что этой функцией должно быть наделено Правительство Российской Федерации; 66,8% (186 чел.) — отдали предпочтение Минздраву России; 17,9% (50 чел.) экспертов указали, что решением изучаемого вопроса должна заниматься федеральная межведомственная комиссия, возглавляемая заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации. Из полученных результатов следует, что государственный регулятор в сфере охраны здоровья граждан в полной мере должен осуществлять определение и отвод фе-

деральных ЛМО для оказания медицинской помощи и лечения указанных выше контингентов.

Схожие результаты получены относительно региональных ЛМО. По мнению экспертов, определение и отбор ЛМО должен осуществляться органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья (56,2% — 156 чел.) или же региональной межведомственной комиссией, возглавляемой заместителем руководителя регионального органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан (25,5% или 71 чел.). Лишь 18,3% (51 чел.) полагают, что эта функция может быть возложена на высший исполнительный орган власти региона.

При определении (выборе) ЛМО, предназначаемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время, закономерно, приходиться решать достаточно сложный в организационном плане вопрос — какие ЛМО могут быть наиболее способными выполнять возлагаемые на них задачи в условиях, отличающихся от условий их функционирования в повседневной деятельности в мирное время.

В ходе изучения этого вопроса не было найдено каких-либо официальных рекомендаций (методических подходов) по комплексному решению данной проблемы. С учетом такого положения при исследовании потребовалось определить наиболее значимые и информативные критерии, которые позволяли бы осуществлять всесторонне обоснованное определение ЛМО для их отвода. Решение данной задачи базировалось на результатах углубленного изучения опыта формирования (создания) и работы эвакуационных госпиталей тыла страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., проведенных в последние годы межведомственных стратегических учений, командно-штабных учений и тренировок, а также на данных научных работ, посвященных, в том числе проблеме организации медицинской эвакуации, оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных военнослужащих в тыловых госпиталях здравоохранения в военное время [28–33].

Естественно, при определении ЛМО, отвечающих указанной цели необходимо учитывать следующее обстоятельство. По данным учений и результатам специальных исследований при ведении боевых действий с применением современных обычных средств поражения следует ожидать поступление раненых и больных в основном — тех, которые после окончания лечения

не могут быть возвращены в строй (независимо от продолжительности лечения), а также раненые и больные, нуждающиеся в длительном лечении, превышающем установленные для госпитальных баз сроки. Следовательно, на лечение в ЛМО будут направляться наиболее тяжелые контингенты раненых и больных, причем, многие из них будут иметь сочетанные ранения или комбинированные поражения (огнестрельное ранение и термический ожог или механическая травма и др.) [30–34]. О такой тенденции в определенной мере свидетельствуют результаты проведенного анализа ранений в ходе СВО. Было установлено, что по характеру повреждения в структуре боевой хирургической травмы превалируют сочетанные повреждения (41,1%), комбинированные повреждения наблюдаются у 35,6% пострадавших, а изолированные повреждения — 23,3%. Распределение ранений по локализации выглядит следующим образом: конечностей — 54,3%, головы и чел.юстно-лицевой области — 20,4%, груди и живота — 25,3%. По характеру ранений более 73,0% ранений являются минно-взрывными и осколочными и только 12% пулевыми. Особенностью минно-взрывных и осколочных ранений являются обширные повреждения, в том числе с травматическим отрывом конечностей, в результате высокой кинетической энергии поражающих элементов [14–17]. Несомненно, характер современной боевой хирургической травмы и терапевтической патологии будет влиять на организационную структуру лечебно-диагностических подразделений ЛМО, требовать от медицинских специалистов знаний и владения передовыми технологиями оказания медицинской помощи и лечения пациентов с учетом возможных ранений и заболеваний и это все предстоит реально учитывать при определении и отводе ЛМО. В качестве примера такого влияния можно привести работу Центрального военного клинического госпиталя имени П.В. Мандрыка, в котором оказывается специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь. Поступление в госпиталь раненых с боевой хирургической травмой, включая огнестрельные повреждения внутренних органов грудной клетки и брюшной полости, огнестрельные ранения органа зрения, огнестрельные переломы костей, а также раненые, утратившие сегменты конечностей на различных уровнях, потребовало соответствующих мер по реорганизации работы госпиталя. Коечный фонд гинекологического, урологического, кардиохирургического отделений и хирургического отделения преморбидных и неотложных состояний был передан в распоря-

жение травматологического отделения. Медицинский персонал упомянутых отделений был привлечен к лечению раненых травматологического профиля [17].

Данные, полученные в результате выполненного исследования, позволили выявить, сгруппировать и сформулировать в качестве рекомендаций четыре группы критериев. Каждая из этих групп включает в себя несколько критериев, характеризующих ЛМО: первая — уровень ЛМО и ее профиль (многопрофильная, специализированная) штатное количество коек и их профиль, соответствие количества и профиля развернутых коек в ЛМО вероятной структуре входящего потока раненых и больных и возможности по увеличению количества коек и корректировки их профиля (перепрофилизация), наличие условий и возможностей, обеспечивающих одновременный прием большого числа раненых и больных, в том числе выполнение медицинской сортировки; вторая — дислокация ЛМО относительно транспортных коммуникаций, которые при необходимости могут использоваться в системе медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих железнодорожным (ВСП), воздушным, водным и автосанитарным транспортом; третья — наличие и состояние систем жизнеобеспечения ЛМО, обеспечивающих устойчивое функционирование; четвертая — безопасность и защищенность ЛМО, удаленность от государственной границы, вероятных направлений военных действий, глубина поражения современными системами оружия.

Принимая во внимание важность данного вопроса с привлечением экспертов была проведена оценка рекомендуемых групп критериев, используемых при определении ЛМО, которые могут быть отведены для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих. Результаты оценок экспертов распределились следующим образом: 68,9 % экспертов считали, что применение рекомендуемых групп критериев при выборе ЛМО для отвода и решения возлагаемых на них задач по участию в системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих в полной мере приемлемы и могут обеспечить получение полных и объективных данных для принятия соответствующих решений; 12,8 % — были склонные иметь более обширный перечень групп критериев, но при этом не высказали свои предложения; 18,3% экспертов затруднялись дать конкретную оценку. Эти результаты дают основания утверждать, что выявленные в ходе исследования и предлагаемые группы

критериев, предназначенных для определения соответствия ЛМО возлагаемым на них задачам в период мобилизации и в военное время по приему, оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных военнослужащих, можно считать достаточно надежной площадкой для выполнения комплексного научного исследования по изучаемой проблеме.

В соответствии с программой исследования потребовалось определить какие ЛМО предпочтительно отводить для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих. С учетом такой потребности чтобы оказать методическую помощь исполнителям, осуществляющим определение и отбор соответствующих ЛМО, проведено определение значимости различных ЛМО при выполнении возлагаемых на них задач. Чтобы решить этот вопрос был составлен и предложен экспертам перечень наиболее подходящих из состава имеющихся федеральных и региональных ЛМО, потенциальных для оценки их на предмет возможного отвода. Каждая ЛМО из этого перечня была оценена экспертами по 10-и бальной шкале.

Результаты экспертной оценки указывают на то, что среди региональных ЛМО наиболее способными выполнять возлагаемые на них задачи по участию в лечебно-эвакуационном обеспечении раненых и больных являются областные (республиканские, краевые) больницы, больницы скорой медицинской помощи и межрайонные больницы (окружные медицинские центры) удельный вес значимости каждой из них в системе оказания медицинской помощи и лечения соответственно составляет 25,0%, 21,3% и 20,4% (рис.1).

Согласно оценкам экспертов, удельный вес значимости региональных ЛМО в зависимости от их уровня распределился следующим порядком: многопрофильные 3-его уровня — 35,2%, специализированные 3-его уровня — 26,2%, многопрофильные 2-ого уровня — 20,5% и специализированные 2-ого уровня — 18,1%. Практически аналогичная тенденция имеет место и среди федеральных ЛМО. Так, удельный вес значимости многопрофильных ЛМО 3-его уровня составил 55,7%, а специализированных этого же уровня — 44,3%.

На основании этих результатов исследования при определении ЛМО, предназначаемых для отвода их согласно мобилизационному заданию, можно рекомендовать в первую очередь рассматривать многопрофильные ЛМО 3-го уровня, а затем

специализированные, больницы скорой медицинской помощи и межрайонные больницы.

Что касается коечной емкости потенциальных для отвода ЛМО, то большая часть экспертов (82,4%) склонна считать, что оптимальным количеством штатных коек в таких ЛМО должно быть 300 и более коек, но в основном не превышать 600 коек (рис. 2). Однако, это не значит, что в отдельных ЛМО не может быть больше штатных коек чем установлено исследованием. Полученные результаты хорошо корреспондируются с данными о коечной мощности эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР. Так, в 1941 году среднее количество коек в эвакуационном госпитале составляло 350 коек. К 1944 г. в результате проведенных организационных мероприятий среднее количество коек составляло уже 500 коек.

Почти полностью были ликвидированы карликовые эвакогоспитали на 100–150 коек (на их долю приходилось 20% от

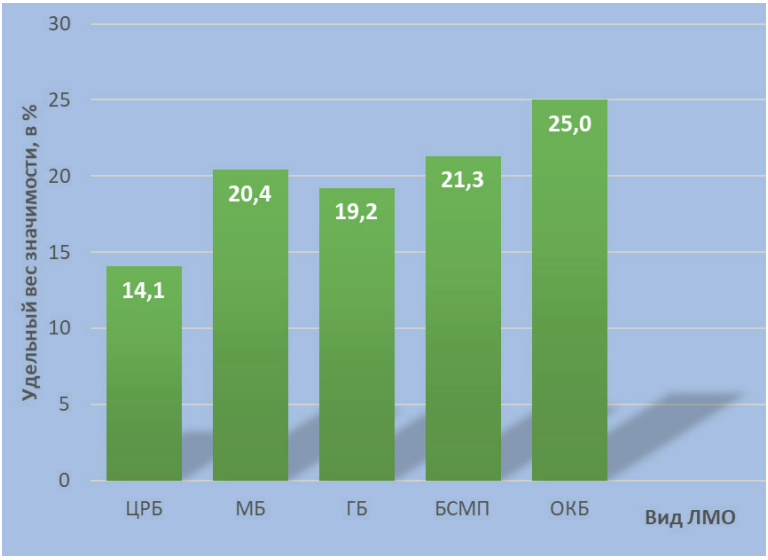


Рис. 1. Распределение региональных ЛМО в зависимости от удельного веса значимости в системе оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих (по результатам оценки экспертов).
Примечание: Лечебные медицинские организации (ЛМО): ОКБ — областная (республиканская, краевая), ГБ — городская, МБ — межрайонная, ЦРБ — центральная районная, БСМП — скорой медицинской помощи больницы

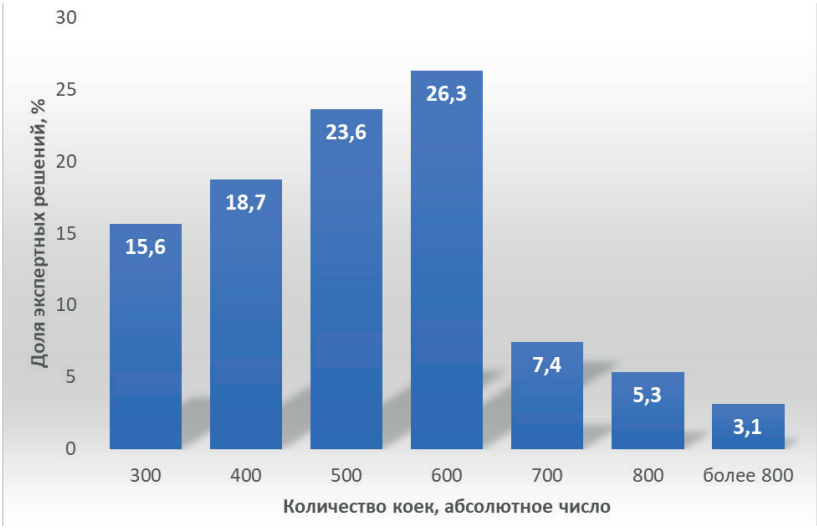


Рис. 2. Распределение экспертных решений в зависимости от возможного количества штатных коек в ЛМО, в %

общего количества таких госпиталей), что нужно расценивать положительно как мероприятие способствующее правильной и более эффективной организации лечебно-диагностической работы, наиболее разумному использованию медицинских кадров, специального медицинского оборудования и оснащения, созданию благоприятных условий для решения управленческих задач в эвакуационных госпиталях тыла страны [8].

При определении ЛМО, предназначаемых для участия в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих, прежде всего на территории приграничных субъектов Российской Федерации вполне обоснованно возникает вопрос — на каком минимальном удалении от государственной границы должны находиться такие стационарные ЛМО? Данный вопрос, безусловно, связан прежде всего с обеспечением им, в значительной мере, условий для безопасного, более надежного и устойчивого функционирования. Экспертные решения по данному вопросу отображены на рисунке 3. Они говорят о том, что целесообразное удаление ЛМО от госграницы составляет 300 км и более.

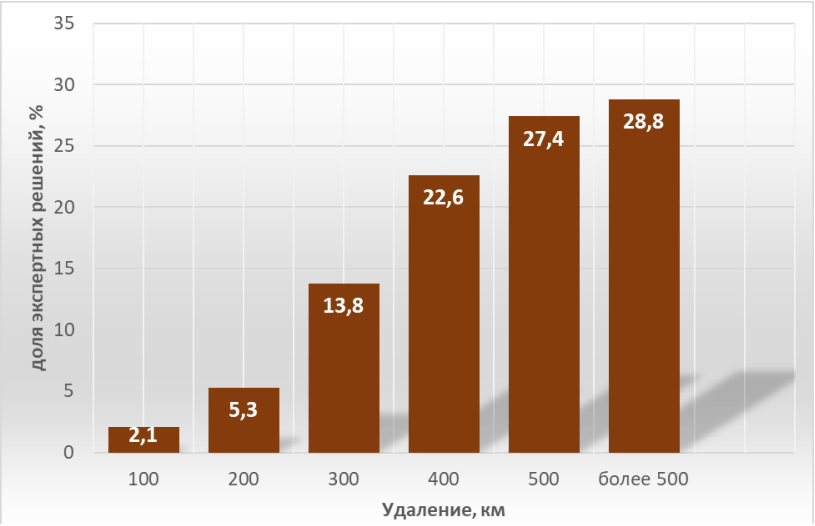


Рис. 3. Распределение экспертных решений в зависимости от величины минимального удаления ЛМО от государственной границы, в %

Из этого следует, что прежде всего юго-западные, западные и северо-западные приграничные регионы страны вряд ли должны иметь мобилизационные задания по отводу ЛМО для вышеуказанной цели. Однако возможно, за исключением в некоторых ЛМО, как правило в многопрофильных, этих регионов следует рассмотреть вопрос о выделении оперативных коек для оказания экстренной медицинской помощи и подготовки раненых и больных военнослужащих к дальнейшей медицинской эвакуации в тыл страны.

Формулировать такой вывод-предложение позволяет опыт организации оказания медицинской помощи военнослужащим в ходе специальной военной операции в Украине. Например, многим раненым военнослужащим медицинская помощь оказывались и оказывается в центральных районных, городских и областных больницах регионов, граничащих с Украиной, после чего они эвакуируются в военно-медицинские лечебные организации (госпитали, клиники Военно-медицинской академии), а часть из них в гражданские ЛМО [16–20].

Рассматривая со стратегических позиций процесс определения и отвода гражданских ЛМО в общей их совокупности для уча-

стия в единой системе оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих зарождается предположение о возможной целесообразности эшелонирования ЛМО на территории страны. Основными критериями, обуславливающими такую необходимость, являются удаленность ЛМО от государственной границы и сроки лечения, установленные для отдельно взятого эшелона.

Указанные обстоятельства потребовали выполнить в основном с применением ретроспективного анализа и экспертной оценки изучение целесообразности такого эшелонирования. Результаты этой работы оказались следующими: 61,4% (171 чел.) экспертов пришли к выводу о том, что эшелонирование ЛМО является достаточно обоснованным организационным мероприятием; 4,4% (12 чел.) — не считают это необходимым, а 34,2% (95 чел.) экспертов затруднялись оценить данную целесообразность в эшелонировании.

Следовательно, на основе полученных результатов имеется возможность предполагать, что при разработке мобилизационных заданий на выделение гражданских ЛМО для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих можно их эшелонировать прежде всего применительно с запада на восток страны с соблюдением указанных критериев.

В ходе изучения материалов специальных учений, проведенных за последние годы по теме настоящего исследования и официальных документов установлено, что в соответствии с заданиями практически каждому высшему органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в период мобилизации и в военное время подлежит выделять для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих несколько стационарных ЛМО, функционирующих в повседневной деятельности в мирное время. Среднее количество таких ЛМО как правило составляет 4–5 организаций. Следовательно, при выполнении такого задания возникает необходимость с учетом возможностей конкретных стационарных ЛМО по оказанию медицинской помощи и лечению пациентов, особенностей транспортных коммуникаций, вероятного порядка и направлений поступления и приема раненых и больных, прибывающих на различных видах транспорта, определить наиболее оптимальные варианты их расположения на территории конкретного региона (города).

Как показало изучение данного вопроса, варианты расположения ЛМО должны отвечать следующим требованиям — создавать наилучшие условия как для организации и оказания медицинской помощи и лечения, так и для четкого приема поступающих в ЛМО региона раненых и больных военнослужащих различного профиля, а также для разумного взаимного расположения ЛМО относительно друг к другу в целях эффективного использования имеющихся медицинских ресурсов.

При определении нескольких стационарных ЛМО независимо от их регионального или федерального уровня подчиненности, выделяемых для раненых и больных, естественно, возникает вопрос о возможных типовых правилах (подходах), которые следует соблюдать применительно к дислокации ЛМО на конкретной территории. Результаты изучения опыта специальных учений, нормативно-методических документов показали, что специалисты, занимающиеся решением данного вопроса не «вооружены» технологией его решения.

Анализ дислокации эвакуационных госпиталей страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и особенно опыт межведомственных стратегических учений, командно-штабных учений и тренировок, проведенных в последние годы, на которых отрабатывались и исследовались вопросы формирования и работы так называемых тыловых госпиталей министерства здравоохранения свидетельствует о том, что отводимые ЛМО целесообразно чтобы они располагались на территории региона не “россыпью”, а системно, группами (коллекторами) [30–34]. Уместно обратить внимание на то, что при определении соответствующих ЛМО и создании из них групп (коллекторов) не следует понимать буквально — как создание новых ЛМО. В данном случае речь идет о существующих и функционирующих в повседневной деятельности мирного времени реальных и конкретных ЛМО.

Следовательно, на территории региона (города) в составе коллектора может иметься несколько ЛМО, расположенных на незначительном удалении друг от друга. При определении ЛМО, входящих в состав коллектора, необходимо на одну из таких медицинских организаций возлагать функции базового учреждения, выполняющего, кроме того, и функции сортировочной медицинской организации. О необходимости четкой организации медицинской сортировки раненых и больных в тылу страны указывал великий хирург Н.И. Пирогов: “...Мы считаем, что нам

нужны сортировочные госпитали не только в действующей армии, нам нужны такие госпитали и в глубоком тылу. Без сортировочных госпиталей нельзя рассчитывать на успех в работе..." [1, 2, 11, 33, 35].

Основными задачами такой ЛМО в плане медицинской сортировки раненых и больных, направляемых в ЛМО конкретного коллектора следует считать: организацию развертывания и обеспечение работы эвакуационного приемника в пункте выгрузки раненых и больных из транспортных средств; организацию выгрузки раненых и больных, их медицинской сортировки и распределения по ЛМО коллектора; оказание при необходимости, прибывшим раненым и больным экстренной медицинской помощи, в том числе и в условиях стационара; уточнение (определение) основного диагноза ранения, заболевания и эвакуационного предназначения; подготовку раненых и больных к дальнейшей медицинской эвакуации в назначенные ЛМО.

Принимая во внимание значимость сортировочных функций такой ЛМО, при исследовании с привлечением экспертов была проведена оценка вышеперечисленных задач. Было выяснено, что 78,2% экспертов посчитали указанные задачи оптимальными и достаточно обоснованными; 11,3% — недостаточно раскрывают сортировочные функции; 10,5% экспертов затруднялись дать конкретную оценку по существу вопроса. Кроме того, в ходе изучения данного вопроса установлено, что при наличии соответствующих возможностей развертывание и работа эвакуационного приемника по решению руководителя (заместителя руководителя) органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан может осуществляться за счет сил и средств службы медицины катастроф данного региона или за счет сил и средств Федерального центра медицины катастроф по указанию Минздрава России.

ЛМО, выполняющие сортировочные функции следует дислоцировать как можно ближе к возможным пунктам выгрузки раненых и больных из прибывающих в регион транспортных средств. В такой ЛМО целесообразно иметь стационарное отделение скорой медицинской помощи, мощные операционные и перевязочные, а также отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, лучевой, компьютерной, функциональной и лабораторной диагностики.

Каждой лечебной медицинской организации, входящей в коллектор целесообразно четко определить с учетом лечебно-эвакуа-

ционной характеристики возможного входящего потока раненых и больных несколько приоритетных профилизаций (специализаций). Уместно отметить, что в настоящее время в Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Минобороны России выполняется комплексное научное исследование по разработке современной лечебно-эвакуационной характеристики раненых и больных военнослужащих, подлежащих направлению для оказания медицинской помощи и лечения в гражданских ЛМО [16]. Наличие в распоряжении соответствующих медицинских специалистов органов управления здравоохранением данной характеристики позволит более адекватно организовывать прием раненых и больных военнослужащих, направляемых в гражданские ЛМО, и оказание специализированной медицинской помощи. На важность ее оказания указывает бесценный опыт Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. До войны мобилизационным планом предусматривалось создание и развертывание эвакуационных госпиталей только двух типов — хирургических и терапевтических [5, 7]. Однако, напряженная работа эвакогоспиталей по оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных диктовала необходимость создания системы организации и оказания специализированной медицинской помощи. О важности решения данной проблемы убедительно говорил Начальник Главного управления эвакогоспиталей Наркомздрава СССР С.М. Миловидов, выступая на первом пленуме Госпитального совета 5 мая 1942 г.: «...Основная задача руководителей эвакогоспиталей организовать у себя в области, крае, республике надлежащую специализацию и дать четкий профиль каждому госпиталю при обязательном условии, чтобы в этих госпиталях работали высококвалифицированные хирурги. Это позволит добиться наибольшего процента возвращения в строй ... Руководители здравоохранения должны провести большую организационную работу по созданию специализированных госпиталей...» [7].

Принимая решение по приоритетной специализации конкретной ЛМО, следует учитывать предыдущий опыт работы в повседневной деятельности и результативность лечения определенных контингентов пациентов, ее оснащенность, уровень профессиональной подготовки медицинских специалистов, сложившуюся профессиональную школу. О значимости сплочённости, сложившегося профессионального коллектива медицинских работников в эвакогоспиталях достаточно красноречиво было сказано Е. И. Смирновым: «...Хорошо известно, какое значение имеет для

успешного лечения раненых спаянный крепкий коллектив, правильно подобранный и обученный состав медицинских сестер и санитарок. Это особо важно в хирургических госпиталях. С каждым хирургом работают хирургические сестры. Отберите их от него, дайте ему других операционных сестер, и он первое время будет чувствовать себя плохо...» [1]. Такой подход к организации функционирования ЛМО может позволить более рациональное и эффективное использование сложных медицинских лечебно-диагностических комплексов, аппаратов и приборов, соответствующих медицинских специалистов и в целом имеющихся медицинских ресурсов.

При выполнении исследования установлено, что типовых вариантов дислокации стационарных ЛМО в пределах одного коллектора в основном может быть два — линейное и радиальное (веерное) расположение ЛМО по отношению к базовой ЛМО, как отмечалось выше выполняющей, в том числе и сортировочные функции (рис. 4, 5). Следует отметить, что базовой (головной) ЛМО целесообразно прежде всего определять областную (республиканскую, краевую) многопрофильную больницу. В то же время, больницы скорой медицинской помощи должны располагаться применительно к приему раненых и больных, возникающих в результате ударов по наиболее важным военным объектам или районам сосредоточения войск, например, временным перегрузочным районам, из которых пострадавшие непосредственно могут направляться в ЛМО.

Каждый из этих вариантов при организации приема раненых и больных, направляемых в ЛМО коллектора из госпитальных баз действующей армии по железной дороге военно-санитарными поездами, имеет значимые особенности присущие конкретному варианту, которые, безусловно, следует учитывать.

При линейном расположении ЛМО: имеется возможность транспортировки большинства раненых и больных до ЛМО или рациональных мест выгрузки из ВСП в ближайшие ЛМО в том ВСП, в котором они были доставлены без расцепки вагонов; в большинстве случаев ВСП будет иметь несколько станций разгрузки; большую важность для четкого приема раненых и больных будет иметь заблаговременное их распределение по ЛМО коллектора, исходя из мест выгрузки; при наличии в коллекторе нескольких ЛМО аналогичного профиля (профилизации лечебных отделений) имеется возможность обеспечить их рациональную загрузку.



Рис. 4. Вариант линейного расположения лечебных медицинских организаций, входящих в состав коллектора

Рис. 4. Вариант линейного расположения лечебных медицинских организаций, входящих в состав коллектора

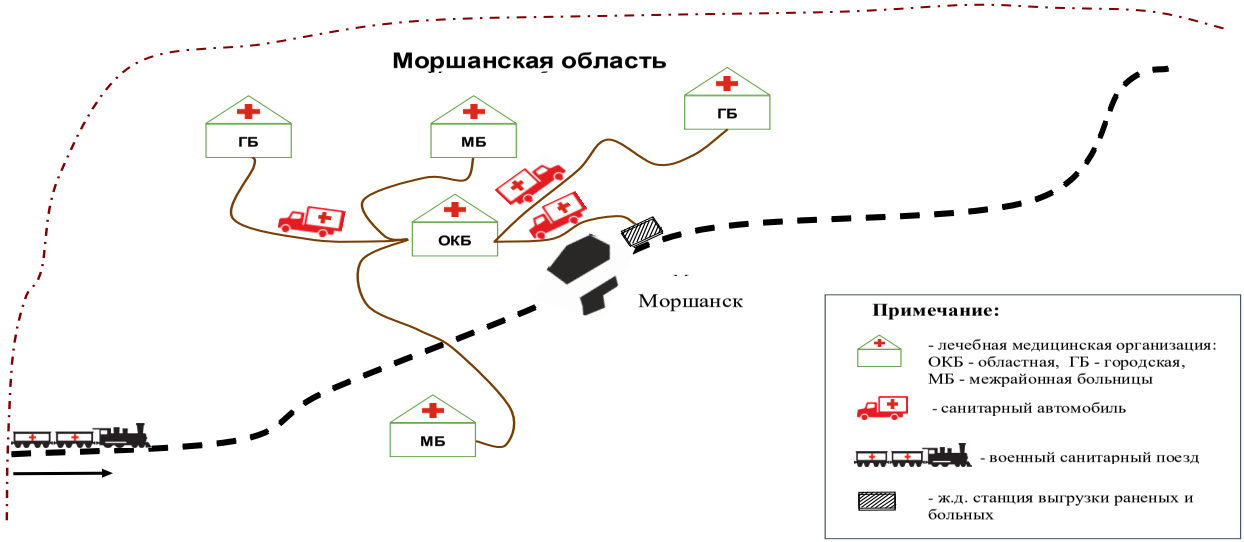


Рис. 5. Вариант радиального (веерного) расположения лечебных медицинских организаций, входящих в состав коллектора

Рис. 5. Вариант радиального (веерного) расположения лечебных медицинских организаций, входящих в состав коллектора

При радиальном (веерном) расположении ЛМО на территории коллектора нет возможности в большинстве случаев доставки раненых и больных в одном ВСП до ближайших ЛМО или мест выгрузки ВСП, расположенных вблизи от ЛМО; возникает необходимость выгрузки и транспортировки значительной части раненых и больных в ЛМО, выполняющую сортировочные функции или их выгрузки в прирельсовый эвакуационный приемник, имеющий достаточно большую эваковместимость; значительно увеличивается потребность в автосанитарном транспорте для выполнения медицинской эвакуации раненых и больных из ЛМО, выполняющей сортировочные функции или из эвакуационного приемника до назначенных ЛМО.

Совершенно обоснованно, при определении и отводе ЛМО в состав коллектора, предназначаемых для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих возникает вопрос о профилизации больничных коек. Изучение его состояния показало, что в последние годы каких-либо масштабных научных исследований, посвященных этому проблемному вопросу, не проводилось. Однако, на основании данных некоторых проведенных учений, выполненных научных работ и опыта лечебно-эвакуационного обеспечения участников СВО можно спроектировать в качестве промежуточного результата вероятный перечень наиболее востребуемых специализированных коек [17,30–34]. Так, целесообразно чтобы в ЛМО отдельно взятого коллектора имелись следующие специализированные больничные койки: нейрохирургические, чел.юстно-лицевые, оториноларингологические, офтальмологические, торакоабдоминальные, травматологические, ожоговые, общехирургические, терапевтические, психоневрологические, гинекологические, для легкораненых и легкобольных. В то же время, необходимость специализированных коек таких как инфекционные, туберкулезные, туберкулезно-хирургические, кожно-венерологические нуждается в дополнительном обосновании и исследовании. Следует отметить, что после получения от Главного военно-медицинского управления Минобороны России уточнённой лечебно-эвакуационной характеристики и вероятного темпа направления (поступления) ранения и больных военнослужащих в гражданские ЛМО можно будет более точно спрогнозировать профилизацию коек, потребное их количество и соотношение.

Указанный перечень специализированных коек, рекомендуемый для наличия их в коллекторе, может служить ориен-

тиром при выборе и отводе ЛМО, а также использоваться при дальнейших научных исследованиях стратегического порядка, касающихся определения потребности количества коек соответствующего профиля. Кроме того, данный перечень коек может в определенной мере быть основой для разработки и реализации мероприятий по обучению медицинских кадров применительно к их предназначению и совершенствованию оснащения ЛМО с учётом возможного при необходимости увеличения объёма работ по оказанию медицинской помощи и лечения раненых и больных в рамках заблаговременной подготовки к работе в период мобилизации и в военное время.

Исследование показало, что при определении ЛМО, предназначаемых для отвода и выделения их в целях оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих, необходимо учитывать одно важное обстоятельство. Суть его заключается в следующем. Применяемые в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. средства вооруженной борьбы, в том числе и авиация противника, не способны были наносить удары по стратегическим и важным объектам военно-промышленного комплекса, транспорта, энергетики, гидросооружениям, органам управления, системам жизнеобеспечения и т. д., находящимся в глубоком тылу. Такое положение позволяло размещать достаточно большое количество эвакуационных госпиталей Наркомздрава СССР в отдельно взятом крупном городе, особенно в республиканских, краевых или областных центрах [5,6,8]. Например, несмотря на трудности при формировании и развертывании эвакогоспиталей Наркомздрава к июлю 1942г.только в городе Саратове находился 31 госпиталь [36]. В Среднеазиатском военном округе по состоянию на 01.07.1943 г. 55 из 81 эвакогоспиталя располагались в девяти крупных городах — Ташкенте, Самарканде, Ашхабаде, Алма-Ате и других городах. В Пермской области функционировало 123 эвакогоспиталя, из которых 28 располагались в г. Перми.

Совсем иные условия могут иметь место при применении современных систем вооружений, в том числе беспилотных летательных аппаратов, позволяющих поражать цели, находящиеся практически на всей территории России. Данные проведенного анализа вооруженной борьбы в ходе современных военных конфликтов, специальной военной операции говорят, что боевые действия ведутся, в основном, с применением обычного оружия. Однако, при этом первостепенная роль принадлежит высокоточ-

ному оружию. Вместе с тем, даже применение такого оружия вряд ли может исключить возможность полного или частичного вывода из строя (разрушения) лечебно-диагностической и материально-технической базы ЛМО и поражения их медицинских работников. О правомерности данного предположения свидетельствуют следующие факты. По некоторым сведениям, в ходе операции "Лиса в пустыне" из 415 пусков крылатых ракет, произведенных войсками НАТО по объектам Ирака, средствами ПВО Ирака было сбито 10 крылатых ракет, более 20 — повреждены и отклонились от цели. В таких случаях не исключено падение подобных ракет на здания ЛМО, что подтверждается опытом вооруженных конфликтов и специальной военной операции. Так, во время агрессии против Югославии в результате ракетно-бомбовых ударов в провинции Косово было выведено из строя 88% больничных учреждений.

Представленные данные позволяют сделать вывод в интересах живучести и устойчивости функционирования ЛМО о том, что ЛМО, которые можно отводить (выделять) для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время, вряд ли целесообразно чтобы они дислоцировались в одном городе. Особенно следует избегать отвод ЛМО, дислоцирующихся вблизи потенциально опасных объектов, которые могут являться приоритетными целями для нанесения ударов. Поэтому, видимо, оптимальным местом дислокации рассматриваемых для отвода ЛМО следует считать преимущественно некатегорируемые по гражданской обороне населенные пункты, в том числе города, относящиеся к второй и третьей группам по гражданской обороне.

Кроме того, данные ЛМО должны иметь высокий уровень защищенности и надежные системы, в том числе аварийные, жизнеобеспечения (энергоснабжение, водоснабжение, теплоснабжение, связь), позволяющие устойчиво функционировать длительное время в автономном режиме.

3. Методические подходы к определению готовности гражданских лечебных медицинских организаций к выполнению возлагаемых задач в период мобилизации и в особый период

Одной из важных процедур завершающего этапа отвода ЛМО для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих является определение (оценка) готовности их к выполнению возлагаемых на них задач. Современные взгляды на порядок участия гражданских ЛМО в лечебно-эвакуационном обеспечении раненых и больных военнослужащих требуют создания адекватной технологии оценки их готовности к работе.

С методической точки зрения при выполнении исследования вполне обоснованно потребовалось уточнить возможные методы, применяемые в рамках комплексной оценки готовности ЛМО, отведенной для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих. Было определено, что основными методами оценки состояния готовности ЛМО к выполнению возлагаемых задач следует считать:

1. Изучение имеющихся документов, определяющих деятельность ЛМО по приему, оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных в период мобилизации и в ходе военного конфликта (военных действий), их соответствие нормативно-методическим документам.
2. Изучение полноты, качества укомплектованности медицинскими работниками, в том числе уровня их профессиональной подготовки.
3. Изучение условий размещения ЛМО, обеспеченности медицинскими комплексами, аппаратами, инструментами, приборами.
4. Собеседование с руководящим составом, руководителями основных подразделений (отделений) ЛМО с целью оценки уровня готовности их к выполнению функциональных обязанностей.
5. Решение ситуационных задач и проведение специальных контрольных занятий, практических тренировок (тренингов) с подразделениями и в целом с ЛМО учений.

6. Изучение состояния и возможностей систем жизнеобеспечения и устойчивого функционирования (живучести) ЛМО.

С перечисленными методами согласны 72,0% (200 чел.) экспертов, 12,7% (35 чел.) из них посчитали, что это еще не полный перечень методов, но при этом не высказали свои предложения, а 15,3% (43 чел.) экспертов затруднялись в оценке указанных методов.

При выполнении исследования исходили из того, что объективная оценка готовности ЛМО к выполнению возлагаемых на них задач может быть получена только при условии научно обоснованного отбора и группировки соответствующих критериев (показателей) с учетом целей функционирования таких ЛМО и решаемых ими задач. Известно, что метод комплексной оценки готовности ЛМО в наибольшей мере отвечает принципам системной оценки. Поэтому в настоящей работе он и был взят за основу.

Определение перечня наиболее важных групп критериев и весомости (значимости) отдельно взятой группы критериев выполнялось методом экспертной оценки согласно Анкеты обследования (Приложение А). Следует признать, что отобранные для оценки критерии (показатели), характеризующие основные стороны готовности ЛМО в определенной мере неравноценны (табл. 3).

Из табл. 3 видно, что наиболее значимыми группами критериев являются три из одиннадцати — 2, 3 и 6. Удельный вес значимости каждой из указанных групп соответственно составляет — 12,3%, 11,6% и 10,4%, а общий — 34,3%. Следует обратить внимание на то, что разница удельного веса значимости остальных групп критериев в меньшей мере отличается друг от друга. Поэтому данные результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что все установленные группы критериев можно рекомендовать для определения готовности ЛМО к выполнению возлагаемых задач по приему раненых и больных, оказанию им медицинской помощи и лечению и при этом получать достаточно объективные данные о состоянии готовности конкретной ЛМО.

В соответствии с основными группами критериев определения готовности гражданских ЛМО к участию в общей системе

Таблица 3

Основные группы критериев определения готовности к функционированию ЛМО, отведенной для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих

№ п/п	Группа критериев оценки состояния готовности ЛМО к выполнению возлагаемых задач	Удельный вес данной группы критериев в их общем перечне, % (ранговое значение группы критериев, абс.ч.)
1	Наличие, содержание, качество разработки документов планирования по приведению ЛМО в готовность к работе по предназначению в соответствии с официальными требованиями	9,4 (4)
2	Полнота и качество укомплектования ЛМО кадрами	12,3 (1)
3	Оснащенность (обеспеченность) медицинским имуществом (медицинские комплексы, приборы, инструменты, аппараты) применительно к профилизации развернутых коек и в целом ЛМО	11,6 (2)
4	Способность медицинских работников к выполнению мероприятий по практическому приведению в готовность к работе в установленные сроки и полном объеме	9,0 (5)
5	Знание руководящим составом руководителями основных подразделений задач, возлагаемых на ЛМО, положений нормативных и методических документов по готовности и работе ЛМО, умению ими пользоваться	8,8 (6)
6	Способность и тренированность медицинских специалистов ЛМО к действиям по многочисленному приему раненых и больных за непродолжительный период времени, их медицинской сортировки и оказанию им необходимой медицинской помощи	10,4 (3)
7	Способность руководящего состава ЛМО организовать надлежащее снабжение медицинским имуществом, изделиями и лекарственными препаратами с учетом ее профилизации	8,6 (7)
8	Способность доукомплектования медицинскими специалистами и привести ЛМО в готовность к выполнению задач по предназначению в установленный срок	7,1 (11)
9	Способность выполнить комплекс мероприятий по увеличению объема работ (возможностей) по оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных с учетом профилизации ЛМО	7,3 (10)
10	Способность привести ЛМО в готовность к одновременному или за короткий период времени приему поступающего большого числа раненых и больных	7,9 (8)
11	Способность за счет сил и средств ЛМО развернуть и обеспечить работу эвакуационного приемника с учетом возможного максимального числа направляемых в ЛМО раненых и больных	7,6 (9)

оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов и установленных с привлечением экспертов оценочных показателей готовности разработана типовая оценочная шкала определения готовности конкретной ЛМО к работе по лечебно-эвакуационному обеспечению военнослужащих:

1. "**Готова к выполнению возложенных задач,**" если лечебная медицинская организация отвечает следующим требованиям:

1.1. Имеются все документы планирования по приведению ЛМО в готовность к работе по предназначению утвержденные установленным порядком, их содержание и качество соответствует предъявляемым требования нормативных и методических документов.

1.2. Разработаны и доведены до работников ЛМО функциональные обязанности.

1.3. Организовано взаимодействие и обмен соответствующими данными с органами управления, службами, организациями в полномочия которых входит решение вопросов медицинской эвакуации, организации и оказания медицинской помощи, лечения раненых и больных военнослужащих.

1.4. Общая укомплектованность кадрами составляет 100%, в том числе по должностям, определяющим способность ЛМО к работе по прямому предназначению не менее 80%, соответствие специальности врачей и медицинского персонала со средним медицинским образованием штатному расписанию ЛМО не менее 80%, в течение последних 5-и лет прошли обучение по повышению своей основной профессиональной квалификации не менее 80% медицинских специалистов.

1.5. С военными комиссариатами отработаны вопросы порядка бронирования и доукомплектования медицинскими работниками.

1.6. Обеспеченность медицинским имуществом (медицинские лечебно-диагностические комплексы, приборы, инструменты, аппараты и т. д.) согласно утвержденного Минздравом России перечня оборудования, стандартов оснащения ЛМО и с учетом

ее профилизации, обеспечивающей оказание медицинской помощи и лечение раненых и больных военнослужащих, составляет 100%.

1.7. С организациями-поставщиками отработаны документы на получение медицинского и другого имущества.

1.8. При проверке уровня профессиональной подготовки, знаний нормативных и методических документов по готовности и работе структурных подразделений и ЛМО в целом сотрудники показали отличные и хорошие знания в объеме своих функциональных обязанностей не менее 80% от числа проверяемых, остальные — удовлетворительные.

1.9. При проведении контрольных специальных практических занятий, тренингов, учений медицинские работники действуют уверенно и правильно, показывают способность выполнять в полном объеме и в установленный срок мероприятия по практическому приведению в готовность к работе подразделений и ЛМО в целом, оперативно принимают адекватные и обоснованные управленческие и лечебно-диагностические решения, в том числе по выполнению медицинской сортировки поступающих раненых и больных.

1.10. Имеются возможности (помещения, дополнительная площадь) и расчеты по дополнительному развертыванию больничных коек с учетом вероятного профиля (структуры) поступающих раненых и больных — увеличение штатного количества развернутых коек на 20–30%.

1.11. Имеются расчеты и необходимое имущество для увеличения возможностей операционных, перевязочных по выполнению медицинских вмешательств и манипуляций.

1.12. Разработаны варианты временного перемещения (перераспределения) медицинских работников между основными лечебно-диагностическими отделениями с учетом темпа поступления, числа и структуры поступающих раненых и больных.

1.13. В приемном отделении имеются необходимые кабинеты и помещения с достаточной площадью для временного размещения и выполнения медицинской сортировки поступающего одновременно большого числа раненых и больных. При необходимости заранее определены дополнительные помещения для

временного размещения и медицинской сортировки поступающих контингентов.

1.14. Имеются расчеты по формированию дополнительных сортировочных бригад за счет временного перераспределения медицинских специалистов, персонал бригад владеет методикой выполнения медицинской сортировки.

1.15. Поддерживается готовность приемного отделения к оказанию скорой медицинской помощи при многочисленном одновременном поступлении. Организована четкая работа диспетчерской службы.

1.16. Имеются расчеты сил и средств для развертывания и обеспечения работы эвакуационного приемника с учетом возможного максимального числа раненых и больных, поступающих в пункт выгрузки транспортных средств. Имеется в наличии необходимое имущество для развертывания эвакуационного приемника согласно стандарту его оснащения–100%.

1.17. Имеется разработанная и "привязанная" к возможному месту функционирования схема развертывания эвакуационного приемника.

2."**Ограниченно готова к выполнению возложенных задач**," если:

2.1. Не в полном объеме разработаны необходимые документы планирования по приведению ЛМО в готовность к работе, имеются не значительные недостатки, ошибки, которые не могут оказать существенного влияния на организацию оказания медицинской помощи и лечение раненых и больных. Не на всех основных должностных лиц разработаны функциональные обязанности.

2.2. Недостаточно четко организовано взаимодействие и обмен соответствующими данными с органами управления, службами, организациями, в полномочия которых входят вопросы медицинской эвакуации, организации и оказания медицинской помощи, лечения раненых и больных.

2.3. Общая укомплектованность врачами и медицинским персоналом со средним медицинским образованием составляет до 80%, но не менее 60%, не более 20% врачей и медицинских

специалистов со средним медицинским образованием по специальности не соответствуют штатному расписанию, до 70%, но не менее 60% медицинских специалистов в течение 5-и последних лет прошли обучение по повышению своей основной профессиональной квалификации.

2.4. Имеются недостатки во взаимодействии с военными комиссариатами, которые могут повлиять на качество доукомплектования и бронирования медицинских специалистов.

2.5. Обеспеченность медицинским имуществом согласно перечню оборудования и стандартов оснащения ЛМО составляет не менее 80%, с организациями-поставщиками не в полной мере отработаны вопросы, документы на получение медицинского и другого имущества.

2.6. При проверке уровня профессиональной подготовки и знаний функциональных обязанностей не менее 70% от числа проверяемых получили хорошие оценки, остальные — удовлетворительные.

2.7. На контрольных специальных практических занятиях, тренингах, учениях медицинские работники действуют не уверенно, допускают ошибки, не в полной мере владеют практическими навыками по приведению в готовность к работе подразделений и ЛМО в целом, недостаточно аргументированно принимают управленческие и лечебно-диагностические решения при этом допускаю т ошибки, не в полном объеме справляются с поставленными задачами.

2.8. Имеются возможности и необходимые силы и средства для дополнительного развертывания больничных коек и увеличения штатных развернутых коек требуемого профиля не более чем на 10%.

2.9. Выполнены условия, указанные в подпунктах 1.11.–1.17. пункта 1.

3. “**Не готова к выполнению возложенных задач**,” если не выполнены требования, указанные в пункте 2.

Предлагаемую оценочную шкалу определения готовности ЛМО поддержало 68,5% (190 чел.) экспертов, 16,2% (45 чел.) из них высказались за то, что с помощью такой школы вряд ли

возможно осуществлять в полной мере комплексную оценку и получать объективные наиболее полные данные, характеризующие состояние готовности ЛМО, а 15,3% экспертов испытывали затруднения при принятии экспертного решения по столь сложной задачи. Практически около 1/3 экспертов, можно считать, заявила о несовершенстве оценочной шкалы. Видимо, такие результаты возможно объяснить следующим. Так как для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих предполагается отвод функционирующих в мирное время ЛМО полностью (медицинские работники, здания, материально-техническая база), то разработка критериев оценки готовности к работе прежде всего лечебно-диагностических подразделений ЛМО в настоящем исследовании по понятным причинам не осуществлялась.

Следует обратить внимание на то, что получаемые сведения с использованием данной оценочной шкалы позволяют определять не только готовность конкретной ЛМО к выполнению задач по предстоящему предназначению, но и выявлять недостатки, разрабатывать рекомендации по их недопущению и совершенствованию системной работы по подготовке ЛМО к функционированию в условиях военных конфликтов.

В современных условиях методическое сопровождение порядка отвода и функционирования гражданских ЛМО, определения их готовности к работе по приему, оказанию медицинской помощи и лечению раненых и больных военнослужащих является важной и необходимой информационной платформой, обеспечивающей создание условий для принятия правильных всесторонне обоснованных решений по исследуемым в настоящей работе проблемным вопросам. Кроме того, оно позволяет выстраивать систему определения готовности этих ЛМО к выполнению возлагаемых на них задач и объективного контроля за их деятельностью. Учитывая вышеизложенное, в соответствии с программой изучения проблемных вопросов при выполнении исследования с помощью экспертов была проведена оценка ее состояния.

Было установлено: 11,1% (31 чел.) экспертов считали, что имеющиеся в настоящее время методические документы обеспечивают выполнение соответствующих мероприятий в полном

объеме; 12,7% (35 чел.) — высказались за ограниченные возможности этих документов; 23,4% (65 чел.) — указали на частичные их возможности; 21,6% (60 чел.) — оценили эти документы как не обеспечивающие выполнение необходимых специальных мероприятий; 31,2% (87 чел.) экспертов затруднялись определиться с оценкой.

Поэтому не случайно 61,5% (172 чел.) экспертов пришли к выводу о том, что в настоящее время имеется явная необходимость в переработке и совершенствовании имеющихся методических документов по порядку отвода и функционирования ЛМО. В то же время 3,8% (11 чел.) экспертов не считают это необходимым, а 34,7% (95 чел.) — затруднялись оценить данную потребность.

Эти результаты позволяют сделать вывод о том, что методические документы, регламентирующие порядок отвода и функционирования ЛМО, а также технологию определения их готовности к работе по участию в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих, нуждаются в совершенствовании.

Заключение

В общей системе организации и оказания медицинской помощи, лечения раненых и больных военнослужащих в военное время гражданские лечебные медицинские организации всегда занимали и занимают важное место. Первоначальными и значимыми организационными мероприятиями по привлечению ЛМО в данную систему является определение соответствующих ЛМО для отвода и определения порядка их функционирования.

Однако, положения действующих нормативных и методических документов, регламентирующих порядок отвода и функционирования гражданских ЛМО, выделяемых для приема, оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и военное время имеют недостатки, которые могут препятствовать созданию условий для более эффективного и разумного использования ресурсов гражданского здравоохранения в целях реализации указанных задач.

При выполнении исследования установлено, что определение ЛМО и их отвод для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих представляет собой решение достаточно сложной комплексной задачи. Ее успешное выполнение связано с всесторонним анализом четырех основных групп условий, определяющих ее разрешение, к которым относятся: медико-тактическая характеристика ЛМО; особенности дислокации (расположение на территории региона, города) ЛМО относительно транспортных коммуникаций, по которым могут эвакуироваться раненые и больные; наличие и состояние систем жизнеобеспечения в ЛМО, обеспечивающих устойчивое ее функционирование; факторы влияющие на безопасность функционирования ЛМО.

На основе изучения и анализа деятельности эвакуационных госпиталей тыла страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и проведенных учений, на которых отрабатывались вопросы по теме настоящего исследования, теоретических работ, посвященных организации создания и функционирования тыловых госпиталей здравоохранения, разработаны и предлагаются для апробации и внедрения в практическую деятельность методические подходы к порядку определения, отвода и функционирования гражданских ЛМО, выделяемых в целях

участия в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих в военных конфликтах, а также технология определения готовности этих медицинских организаций к работе по предназначению.

Полученные при выполнении настоящей работы результаты наглядным образом демонстрируют необходимость выполнения специального комплексного межведомственного и междисциплинарного научного исследования, посвященного дальнейшему развитию и совершенствованию участия гражданских ЛМО в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в условиях военных конфликтов, что будет являться вкладом в безопасность страны. В рамках данной научной работы целесообразно провести опытные исследовательские учения с привлечением органов управления здравоохранением, ЛМО, а также с приглашением и участием представителей высших органов исполнительной власти федерального и регионального уровней, заинтересованных министерств, служб и организаций.

Результаты исследования с соблюдением конфиденциальности докладывались и при обсуждении получили одобрение на следующих научно-практических мероприятиях: Всероссийской научно-практической конференции “Скорая медицинская помощь — 2024,” 13–14 июня 2024 г., С-Петербург; Научно-практическая конференция “Актуальные вопросы организации медицинского обеспечения в ходе специальной военной операции”, проводимой в рамках Военно-технического форума “Армия–2024”, 14 августа 2024г., Москва; Всероссийская научно-практическая конференция “Медицина катастроф — 2024,” 25–27 сентября 2024 г., Москва; 6-я научно-практическая конференция Центрального региона России “Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской помощи,” 24–25 октября 2024 г., г. Оренбург; Заседание Секции профилактической медицины Отделения медицинских наук 7 ноября 2024 г., Москва.

Таким образом, можно констатировать, что результаты проведенного исследования могут иметь важную практическую значимость для повышения качества и результативности работы по спасению жизни, сохранению здоровья, бое- и трудоспособности, профессионального долголетия раненым и больным военнослужащим, а также для обеспечения рационального применения гражданских лечебных медицинских организаций,

отводимых в целях их участия в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в период мобилизации и в военное время.

Вышеизложенное позволяет свидетельствовать о том, что в отчёте методически верно описывается состояние проблемных вопросов, цель выполненной работы достигнута, а задачи исследования решены в полном объёме, полученные результаты систематизированы, в полной мере обоснованы и логически увязаны с содержанием настоящего научного отчёта. Разработанные и представленные в отчёте предложения по решению вопросов определения, отвода и функционирования гражданских ЛМО, выделяемых для приема, оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих в период мобилизации и в военное время можно рекомендовать руководящему составу и соответствующим медицинским специалистам органов управления здравоохранением, а также руководителям указанных ЛМО для применения в их практической деятельности.

Список использованных источников

1. Смирнов Е.И. Война и военная медицина. 1941–1945гг.М.: Медицина.1979.524с.
2. Смирнов Е.И. Проблемы военной медицины. М.: Медгиз.1944
3. Кузин М.К. Советская медицина в годы Великой Отечественной войны.1979. 238с.
4. Энциклопедический словарь военной медицины/Под ред.СмирноваЕ.И. М.:Гос.изд.мед. литер.1948. Т.5. Столб.221–232.
5. Селиванов В.И., Селиванов Е.Ф. Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов//Советское здравоохранение.1975. №5. С.21–26.
6. Бархатов П.С. Итоги работы эвакогоспиталей в тыловых районах страны за годы Великой Отечественной войны//Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РФСР.М.: Медгиз.1946. С.11–28.
7. Миловидов С.И. Итоги и задачи работы эвакогоспиталей Наркомздрава СССР//Советское здравоохранение.1942. №5–6. С.17–25.
8. Ростоцкий И.Б. Тыловые эвакогоспитали: Очерки по организации лечения больных и раненых воинов Советской Армии тыловых эвакогоспиталях. М.:Медгиз. 1967. 80с
9. Жичин А.И. Итоги лечения раненых в эвакогоспиталях Наркомздрава РСФСР//Труды четвертого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР.М.:Медгиз.1946. С.48–55.
10. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны 1941–1945гг.: Сборник документов и материалов/Под ред. Барсукова М.И. и Кувшинского Д.Д. М.: Медицина.1977. 575с.
11. Илупина Ф.М. Госпитальная база Ивановской области в годы Великой Отечественной войны. /Диссер. канд. мед. наук. Иваново.1950.376с.
12. Бобий Б.В., Гончаров С.Ф. К вопросу о создании и деятельности эвакогоспиталей Наркомздрава СССР в годы Великой Отечественной войны 1941–1945гг. //Медицина катастроф. 2020. №2. С.5–16.
13. Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945гг. М.: Медицина.1985. С.168–188.
14. Научные исследования в аспекте военных и экстремальных событий: Постановление заседания Бюро Отделения медицинских наук Российской академии наук №59, протокол№13 от 23.11.2022. Машин.10с.
15. Организация оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим: от поля боя до высоких технологий: Постановление заседания Бюро Отделения медицинских наук Российской академии наук№47, протокол№10 от15.11.2023. Машин. 6с.
16. Проблемы научного обоснования современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в современных вооруженных конфликтах и других чрезвычайных ситуациях, состояние и совершенствование подготовки кадров службы медицины катастроф: Постановление Секции профилактической медицины Отделения медицинских наук Российской академии наук от 7.11.2024. Машин. 3с.

17. Организация оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим: от поля боя до высоких технологий. М.: РАН. 2024. 296с.
18. Гончаров С.Ф. Совершенствование системы лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС: состояние и перспективы развития с применением беспилотных летательных аппаратов. Проблемы подготовки кадров. /Доклад на Всероссийском научно-практическом конгрессе “Скорая медицинская помощь–2024,” 13–14 июня, 2024г., С-Петербург.
19. Гончаров С.Ф. Проблемы подготовки медицинских специалистов для работы в вооруженных конфликтах. /Доклад на пленарном заседании “Актуальные вопросы организации медицинского обеспечения в ходе СВО”, Военно-технический форум “Армия–2024”, 14 августа 2024г., Москва.
20. Гончаров С.Ф. Медицинская эвакуация раненых, больных и пострадавших в осложненных ЧС в лечебные организации здравоохранения-важная задача ВСМК, проблемы подготовки кадров. / Доклад на научно-практической конференции “Медицина катастроф–2024”, 25–27сентября 2024г., Москва.
21. Об обороне: Федеральный закон от 31.05.1996. №61-ФЗ (редакция от 26.02.2024).
22. О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации: Федеральный закон от 26.02.1997. №31-ФЗ (редакция от 23.03.2024).
23. Военная доктрина Российской Федерации: Утв. Президентом Российской Федерации от 25.12.2014. №Пр–2976.
24. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021. №400.
25. Руководство по организации работы тыловых госпиталей Министерства здравоохранения СССР.М.: Воениздат. 1981. 440с.
26. Положение о тыловых госпиталях Министерства здравоохранения СССР. М.:Воениздат. 1975. 16с.
27. Положение об отводе, приспособлении и оборудовании зданий, предназначенных для развертывания специальных формирований Министерства здравоохранения Российской Федерации в период мобилизации и в военное время: Утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 14.03.2002. №153–12.
28. Журавлёв А.Ф. Организация и содержание работы управления госпитальной базы тыла страны в условиях современных войн. /Диссер. Канд. Мед. Наук. Л.1965.416с.
29. Совершенствование организационно-штатной структуры и организации тыловых госпиталей Министерства здравоохранения СССР: Отчет о научно-исследовательской работе. ГВМУ МО РФ. инв.8348. Л.: Воен. мед. академия им. С.М. Кирова.1980.160с.
30. Информационный сборник ЦВМУ МО СССР. №58–59. М.: Воениздат. 1986. 151с.
31. Информационный сборник ЦВМУ МО СССР. №60–61.1987. 144с.
32. Разбор исследовательского командно-штабного учения на тему: Организация медицинской эвакуации раненых и больных всеми видами транспорта в первой стратегической оборонительной операции на Западном театре военных действий. Управление медицинской эвакуацией (1988). М.: Филиал Воен. мед. академии Минобороны России, инв.8263. 45с.

33. Бобий Б.В. Организация МЭП по приёму раненых и больных и оказанию специализированной медицинской помощи. /Диссер. канд. мед. наук. М. 1989. 233с.
34. Синопальников И.В., Лобанов Г.П., Забиняк В.И. Основные направления совершенствования организации оказания медицинской помощи и лечения раненых и бальных в ТГМЗ. //Военно-медицинский журнал. М.: Воениздат.1986. С.22–29.
35. Туроверов Н.И. Основные элементы работы сортировочно-эвакуационного госпиталя ближнего тыла страны. /Диссер. канд. мед. наук. Л. 1947. 346с.
36. Попков В.М., Еругина М.В., Завьялов А.И., Мурылёв В.Ю. Вклад сотрудников Саратовского медицинского института в совершенствование методов диагностики и лечения раненых и больных в эвакогоспиталях в период Великой Отечественной войны. //Саратовский научно-медицинский журнал. 2015. Т.11. №1. С.7–11.

Формат 60х90/16, объем 3,25 усл. печ. л.
Бумага 80 г/м^2. Офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Тираж 1000 Заказ № 2026-464-мбу
Отпечатано в типографии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
123098, Москва, ул. Живописная, 46. Тел. +7 (499) 190–93–90
rcdm@mail.ru, lochin59@mail.ru. www.fmbafmbc.ru