

**ФГБОУ ВО ИвГМУ Минздрава России
Кафедра безопасности жизнедеятельности и
медицины чрезвычайных ситуаций**

ЛЕКЦИЯ

**по медицине чрезвычайных ситуаций для студентов
6 курса лечебного и педиатрического факультетов и 5 курса стоматологического факультета**

ТЕМА № 2.13 «Формирование антитеррористической идеологии как фактор общественной безопасности в современной России»

Утверждено на методическом заседании кафедры
БЖ и МЧС
(протокол № ____ от «__» _____ 2025 г.

I. УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах
2. Основы организации медицинского обеспечения населения в локальных войнах и вооруженных конфликтах

II. ВРЕМЯ – 90 минут

III. ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 года
2. Федеральный конституционный закон от 30 мая 2001г. № 3-ФКЗ "О чрезвычайном положении"
3. Федеральный закон от 31 мая 1996 г. № 61-ФЗ "Об обороне"
4. Федеральный закон от 26 февраля 1997 г. № 31-ФЗ "О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации"
5. Учебник Мобилизационная подготовка экономики Российской Федерации, издание второе, дополненное, переработанное, 2000 г.
6. Сборник нормативно-правовых и методических документов по вопросам мобилизационной подготовки и медицинской службы гражданской обороны, Москва, "ИнтерСЭН" 2001.

IV. ЦЕЛЬ ЛЕКЦИИ:

Изучить организацию медицинского обеспечения населения, находящегося в зоне локального военного конфликта или пострадавшего вследствие террористического акта.

V. РАСЧЕТ ВРЕМЕНИ

№ п/п	Содержание занятия	Время, мин.
I	<i>Вступительная часть</i>	5 мин.
II	<i>Основная часть</i>	
	<i>Вопросы лекции</i>	
	Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах	40 мин.
	Основы организации медицинского обеспечения населения в локальных войнах и вооруженных конфликтах	40 мин.
III	<i>Заключительная часть</i>	5 мин.

VI. ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ

- Мультимедийный плеер
- Презентации к лекции

Вопрос 1 Особенности медико-санитарного обеспечения при террористических актах

XX век войдет в историю человечества не только как время выдающихся научно-технических открытий и достижений, но и как век, вписавший в эту историю целый ряд черных страниц, в числе которых находится и одно из наиболее уродливых и трагических общественно-социальных явлений - терроризм.

Само понятие «терроризм» произошло от латинского слова «теггог» - страх, ужас. Правовое определение терроризма дано в Федеральном законе РФ «О борьбе с терроризмом». **Терроризм** - насилие или угроза его применения в отношении физических лиц или организаций, а также уничтожение (повреждение) или угроза уничтожения (повреждения) имущества и других материальных объектов, создающие опасность гибели людей, причинения значительного имущественного ущерба либо наступления иных общественно опасных последствий. Эти акции осуществляются в целях нарушения общественной безопасности, уничтожения населения или оказания воздействия на принятие органами власти решений, выгодных террористам, или удовлетворения их неправомерных имущественных и (или) иных интересов, посягательства на жизнь государственного, общественного или другого деятеля, совершаемого в целях прекращения его деятельности либо из мести и пр.

Классификация проявлений терроризма приведена в таблице 1

Как социально-политическое явление терроризм представляет собой совокупность преступлений, совершаемых с использованием насилия отдельными лицами и специально организованными группами и сообществами. Он направлен на расширение влияния определенных сил в обществе, ликвидацию или подчинение деятельности их политических оппонентов, а в итоге - на захват и подчинение политической власти.

По характеру террористической деятельности различают терроризм направленный (то есть нацеленный на конкретный объект, физическое лицо) и терроризм рассеянный, жертвами которого становятся случайные лица. Помимо этого, различают террористические акты скрытые, когда террористы стремятся не привлекать к ним внимания общественности (отравления, похищения неугодных лиц), и демонстративные, которым исполнители стремятся придать максимальный общественно-политический резонанс, - взрывы, расстрелы и т.д., вплоть до принятия на себя ответственности за совершенные террористические действия.

Понятия «терроризм» и «катастрофы» как никогда близко сошлись. Особенно если иметь в виду возможность терроризма с применением оружия массового поражения - терроризм технологический. Именно такой терроризм может привести общество к катастрофам.

Терроризм технологический - использование или угроза использования ядерного, химического и бактериологического оружия, радиоактивных, аварийно - опасных химических и биологических веществ, а также попытки захвата экстремистами ядерных и иных объектов, представляющих повышенную

опасность для жизни и здоровья людей, ради достижения целей политического или материального характера.

Таблица 1

Классификация проявлений терроризма

Возможная цель	Масштаб терроризма	Способ террористических актов
Физическое устранение политических оппонентов Устрашение гражданского населения «Акция возмездия» Дестабилизация деятельности государственной власти Нанесение экономического ущерба Осложнение международных и межконфессиональных отношений Провоцирование военного конфликта Изменение политического строя	Преступление против личности Групповое убийство Массовая гибель граждан Диверсии по всей территории страны Крупномасштабная акция против мирового сообщества	Применение огнестрельного оружия Организация взрывов и поджогов в городах Взятие заложников Применение ядерных зарядов и радиоактивных веществ Применение химического или биологического оружия Организация промышленных аварий Уничтожение транспортных средств Электромагнитное облучение Информационно-психологическое воздействие

Таблица 2

Характеристика террористических актов

Субъект террористических действий	Средство, используемое для проведения террористических актов	Объект воздействия
Убийца-одиночка Преступное сообщество Этнический клан Религиозная секта Экстремистское политическое объединение Специальная служба государства Международная террористическая организация	Холодное оружие Огнестрельное оружие Взрывчатое вещество Отравляющее вещество Биологический агент Радиоактивное вещество Ядерный заряд Излучатель электромагнитных импульсов	Физическое лицо Транспортное средство Общественное или жилое здание Промышленный объект Система связи и управления Магистральный трубопровод Продукты питания Система водоснабжения

Основными проявлениями террористических актов являются: нападения на различные государственные и негосударственные, в том числе военные, политические, общественные и коммерческие объекты (захват, подрыв, обстрел и т.д.); взрывы таких объектов; взрывы в местах скопления людей; применение химических и радиационно опасных веществ; загрязнение (заражение) систем водоснабжения, продуктов питания, искусственное распространение возбудите-

лей инфекционных болезней; похищение людей и захват заложников; захват воздушных судов и других транспортных пассажирских средств; нападение на объекты, потенциально опасные для жизни населения в случае их разрушения или нарушения технологического режима; проникновение в информационные сети с целью нарушения работы; информационный, кибернетический и другие новейшие виды терроризма; расширение спектра способов террористической деятельности (биологических, химических, радиационных) и др.

Типовые характеристики террористических действий приведены в таб. 2.

1.1 Организация оказания медицинской помощи при террористических актах

Исходя из существующей системы медико-санитарного обеспечения в ЧС, оказание медицинской помощи населению при террористических актах организуется следующим образом.

На местном и территориальном уровнях в зону террористического акта первоначально направляются дежурные бригады ближайших станций (отделений) скорой медицинской помощи. При недостаточном их количестве привлекаются дежурные бригады скорой медицинской помощи соседних станций.

При необходимости задействуются резервные бригады скорой медицинской помощи, оперативные бригады центра по лечению острых отравлений и другие формирования службы медицины катастроф (врачебно-сестринские бригады, бригады специализированной медицинской помощи).

Для оказания помощи населению с психическими и психосоматическими расстройствами в зону террористического акта направляются бригады психиатрического профиля.

Вместе с органом оперативного управления в зону террористического акта для организации работы медицинских сил убывает оперативная группа территориального центра медицины катастроф.

После оказания первой и первичной медико-санитарной доврачебной помощи пораженные санитарным или дополнительно выделенным транспортом срочно эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения — первый этап медицинской эвакуации, где организуется и оказывается первичная медико-санитарная врачебная, а по возможности — и специализированная медицинская помощь.

В отдельных случаях (значительная удаленность, захват террористами ближайшего лечебного учреждения и т.п.) в качестве первого этапа медицинской эвакуации в зоне террористического акта разворачивается полностью или частично госпиталь (отряд) центра медицины катастроф.

При значительном количестве пораженных или недостаточной мощности лечебного учреждения после оказания первичной медико-санитарной врачебной и первичной специализированной медицинской помощи по жизненным показаниям санитарными автомобилями или вертолетами пораженные эвакуируются в более мощное специализированное лечебное учреждение (центральную районную, областную, краевую, республиканскую больницу и т.п.), где им оказывается медицинская помощь в полном объеме, проводится лечение и реабили-

литация до окончательного исхода. При этом максимально используются возможности отделения экстренной и консультативной медицинской помощи (санитарная авиация).

На случай приема пораженных в результате террористических актов в лечебно-профилактических учреждениях создается постоянный резерв госпитальных коек.

Пораженные с наиболее тяжелыми и сложными ранениями (заболеваниями), находящиеся в транспортабельном состоянии, могут эвакуироваться, главным образом авиационным транспортом, в федеральные клиники и больницы.

При необходимости для усиления лечебных учреждений, принявших пораженных из зоны террористического акта, территориальные центры медицины катастроф направляют бригады специализированной медицинской помощи (БСМП), медикаменты и другое медицинское имущество из состава резерва.

Для оказания помощи службе медицины катастроф территориального уровня при филиалах ВЦМК «Защита» находятся в постоянной готовности дежурные БСМП и резерв медикаментов и другого медицинского имущества.

Региональный филиал ВЦМК «Защита» при определенных условиях осуществляет координацию деятельности по оказанию медицинской помощи области, краю, республике медицинскими силами и средствами соседних субъектов Российской Федерации.

На федеральном уровне при ВЦМК «Защита» находятся в постоянной готовности к убытию в зону террористического акта оперативная группа штаба ВСМК, Полевой многопрофильный госпиталь, БСМП и консультанты. Кроме того, ВЦМК «Защита» организует создание резерва госпитальных коек различного профиля в клиниках и больницах федерального уровня, а также содержит резерв медикаментов и медицинского имущества, которые при необходимости используются для усиления здравоохранения субъекта Российской Федерации, где совершен террористический акт.

Идентификация трупов пораженных совместно с сотрудниками МВД России в ходе спасательных работ проводится специалистами бюро судебно-медицинской экспертизы. Непосредственно в зоне спасательных работ развешивается площадка сбора трупов. На площадке должна работать бригада, выделенная специально от бюро судмедэкспертизы. Рядом с площадкой предусматривается палатка для специального медицинского имущества бригады судмедэкспертов и носилок. К площадке обеспечивается свободный подъезд машин скорой помощи (бригад перевозки трупов).

Оперативное руководство ликвидацией медико-санитарных последствий террористического акта на федеральном уровне возложено на ВЦМК «Защита».

С большим вниманием к проблемам разных видов терроризма относятся не только спецслужбы, но и медики. Медицинские формирования службы медицины катастроф, как наиболее организованная и достаточно оснащенная часть здравоохранения, участвуют в ликвидации последствий различных террористических актов.

Особенно следует отметить ситуацию, при которой больница может оказаться захваченной террористами или вооруженными бандформированиями.

Врач может подвергаться опасности по самым разным причинам — криминогенным, политическим, военным.

Вследствие ухудшения криминогенной обстановки, увеличения количества наркоманов можно ожидать нападений на сотрудников с целью похищения наркотиков. Медицинский персонал должен быть подготовлен к таким инцидентам заранее и в достаточной степени знать и уметь применять на практике рекомендации новой науки виктимологии с тем, чтобы психологически правильно, адекватно, не провоцируя, реагировать на действия нападающих.

В этом плане методическую помощь могут оказать разработанные Главным управлением Министерства внутренних дел «Методические рекомендации работникам системы здравоохранения о поведении в экстремальных ситуациях криминального характера».

В последнее время все чаще лечебные учреждения разных стран оказываются в ЧС, связанных с угрозой взрыва. При сохранении общей схемы мероприятий, направленных на скорейший вывод людей из опасной зоны или максимальное их рассредоточение, каждый вид лечебно-профилактического учреждения предполагает свою специфику эвакуации.

По степени срочности эвакуации и рассредоточения людей выделяют несколько групп эвакуируемых: подлежащие немедленной выписке на амбулаторное лечение; нуждающиеся в переводе в другое лечебное учреждение и эвакуируемые обычным транспортом в положении сидя; больные средней и тяжелой степени тяжести, подлежащие эвакуации в другие стационары бригадами скорой помощи.

В соответствии с существующими положениями и руководствами отработка совместных действий при терроризме проводится как с подразделениями службы медицины катастроф, станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи, так и с подразделениями взаимодействующих сил — органами исполнительной власти, органами управления внутренних дел, службы пожарной охраны, гражданской обороны и др.

Вопрос 2 Основы организации медицинского обеспечения населения в локальных войнах и вооруженных конфликтах

Предполагают, что наиболее вероятным типом военных конфликтов, представляющих угрозу безопасности России в обозримом будущем, будут пограничные межгосударственные и внутренние вооружённые конфликты и локальные войны.

Характерен для современных вооружённых конфликтов тот факт, что даже при участии в них крупных воинских контингентов на больших территориях войну, как правило, не объявляют, военное положение в государствах, вовлечённых в конфликт, не вводят, полномасштабные мобилизационные мероприятия не проводят. Иначе говоря, отсутствует чёткий правовой рубеж между мирным и военным положением в стране, в которой, по сути дела, идёт война.

Совершенствование вооружений, широкое использование минно-

взрывных средств в локальных войнах и вооружённых конфликтах вызвали появление массовых потерь среди населения, сопровождающихся высоким уровнем смертности и инвалидности среди поражённых.

Так, по опубликованным данным, в результате налётов на Югославию только в первые 2 мес войны погибли около 1200 человек и несколько тысяч ранены. Причём соотношение потерь среди военнослужащих и гражданского населения составило 1:15.

Для сравнения заметим, что во время войны США во Вьетнаме на одного убитого военнослужащего приходилось 10 погибших мирных жителей. В годы Первой мировой войны потери среди населения составили 5 % всех безвозвратных потерь, во Вторую мировую войну - 48 %, во время войны в Корее - 84 %.

2.1. Условия и основные факторы чрезвычайных ситуаций военного характера

Организация медицинского обеспечения населения в условиях современной войны будет в значительной степени зависеть от характера, масштаба военных действий и вида применённых противником средств поражения.

Важнейшие факторы, определяющие особенности медицинского обеспечения населения при ЧС военного характера, следующие:

- возможность возникновения в короткий промежуток времени массовых санитарных потерь, в структуре которых будут преобладать тяжёлые и комбинированные формы поражения;
- опасность применения вероятным противником новых видов оружия, характер воздействия которых на человека и методы оказания медицинской помощи при их применении могут оказаться неизвестными для медицинского персонала;
- несоответствие между потребностью в экстренной медикосанитарной помощи в очаге поражения и возможностями здравоохранения по её оказанию;
- опасность заражения территории радиоактивными, отравляющими веществами (ОВ, АОХВ) и бактериальными средствами (БС) при применении противником оружия массового уничтожения или вследствие преднамеренного разрушения им потенциально опасных объектов, нанесения по ним точечных прицельных артиллерийских и ракетно-бомбовых ударов, выполнения террористических актов; неустойчивое санитарно-эпидемическое состояние в очагах поражения, на путях эвакуации и в районах размещения эвакуированного населения и беженцев. Следует отметить, что возрастание поражающей силы современного оружия качественно изменило характер военных целей: помимо живой силы противника, техники, вооружений, укреплений, скоплений гражданского населения, объектом военного нападения стали потенциально опасные объекты экономики и сама природная среда.

Прицельное разрушение атомных электростанций, заводов, биотехнологических объектов, хранилищ топлива, нефтеперерабатывающих заводов, нефтяных скважин и танкеров - одна из важнейших задач вероятного противника при ведении боевых действий. Эти задачи могут решаться либо путём нанесения ракетно-бомбовых ударов высокоточным оружием, либо путём диверсионно-террористических актов на потенциально опасных объектах. Масштабы поражения при этом могут быть сопоставимы с применением ядерного оружия.

Целью таких действий является не только поражение людей, но и уничтожение среды обитания человека. Как правило, экологические последствия таких методов ведения войны носят долговременный характер, о чем свидетельствует опыт военных действий в 1990 г. на Ближнем Востоке в районе Персидского залива, когда вследствие боевых действий Ирака в Кувейте были уничтожены десятки нефтяных вышек и нефтехранилищ, что вызвало настоящую экологическую катастрофу в регионе.

К тяжёлым экологическим последствиям привели также прицельные ракетно-бомбовые удары по объектам химической и нефтеперерабатывающей промышленности во время агрессии стран блока НАТО против Югославии в 1999 г. Значительную опасность для мирного населения Чеченской Республики и окружающей среды представляли собой подрывы чеченскими боевиками хранилищ с хлором и аммиаком во время боёв в центре Грозного в декабре 1999 г.

Применение оружия, действующего на новых физических принципах, способно инициировать разрушительные землетрясения, катастрофические наводнения, появление волн цунами на океанском побережье, изменять климатические условия целых регионов на земной поверхности.

Результаты применения такого вида оружия аналогичны последствиям крупномасштабных ЧС природного характера и могут привести к гибели или поражению десятков и сотен тысяч мирных людей.

2.2. Медицинские силы и средства

Поставленные задачи в таких условиях могут решать только специальные силы и средства Минздрав РФ, другие министерства и ведомства с использованием особых форм и методов работы. В Российской Федерации такие силы и средства включены в состав медицинской службы ГО, Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК), а также Минобороны РФ.

Базой создания названных служб служат медицинские и санитарно-противоэпидемические учреждения различных министерств и ведомств. Вместе с тем следует отметить, что основной источник формирования медицинской группировки сил и средств ГО и ВСМК - учреждения Минздрава России.

Важную роль в медицинском обеспечении населения и сил гражданской защиты при ЧС мирного и военного времени призваны сыграть медицинские подразделения и части войск ГО России.

Создаваемая в соответствии с положениями военной доктрины группировка медицинских сил ГО должна быть готова осуществлять медицинское обеспечение спасательных операций в очагах поражения в любых условиях обстановки, при различных вариантах военных действий и всевозможных видах современного оружия, которое может применить вероятный противник. Это возможно лишь при наличии чётко разработанных организационных основ построения современной системы медицинского обеспечения населения в ЧС мирного и военного времени.

В условиях войны с применением современных средств вооружённой борьбы, включая оружие массового поражения, вследствие уничтожения ЛПУ, запасов медицинского имущества и выхода из строя медицинского персонала в очагах поражения, как правило, будет отсутствовать возможность для оказания на месте исчерпывающей медицинской помощи поражённым. По этой причине в целях оказания полноценной медицинской помощи поражённому населению и осуществления стационарного лечения планируется его эвакуация в лечебные учреждения больничной базы, развёрнутой в загородной зоне. Для решения этой задачи принята система лечебноэвакуационного обеспечения (ЛЭО) поражённого населения.

В настоящее время действует принятая **двухэтапная система ЛЭО** поражённых с эвакуацией по назначению.

1. Первым этапом являются отряды первой медицинской помощи, медицинские подразделения, части войск ГО и сохранившиеся в очаге поражения лечебные учреждения.
2. Вторым этапом служат лечебные учреждения больничной базы.

Вместе с тем специалисты военно-медицинской службы, имеющие большой личный опыт участия в локальных войнах последних десятилетий, отмечают, что если система ЛЭО, виды и объёмы медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в условиях большой или региональной войны обоснованы и определены, то для условий локальных войн таких указаний нет.

В свете этого умение руководителей соответствующих звеньев медицинской службы выбрать наиболее выгодный для поражённых, эффективный и экономичный для службы вариант организации ЛЭО нужно считать основным показателем их профессиональной квалификации.

В структуре современной боевой травмы значительный удельный вес составляют тяжёлые сочетанные и множественные ранения. По данным опыта медицинского обеспечения войск во время первой военной кампании в Чечне, доля раненых с сочетанными и множественными ранениями составляла более 30 % величины санитарных потерь ранеными, около 10 % составили тяжёлые и крайне тяжёлые ранения. В последние годы общепризнанной становится необходимость сокращения времени оказания специализированной медицинской помощи поражённым.

В условиях локальных войн и вооружённых конфликтов приближение медицинской помощи к поражённым, в зависимости от конкретной обстановки, обеспечивалось как за счёт их ранней эвакуации воздушным транспортом непо-

средственно из района потерь, так и путём развёртывания полевых медицинских формирований (МОСН, ПМГ ВЦМК «Защита») вблизи зоны боевых действий с последующей эвакуацией раненых и больных по воздуху в тыл.

Актуален также вопрос о составе группировки сил и средств, предназначенных для медицинского обеспечения поражённого населения в современных войнах. Учитывая тот факт, что при локальных войнах и вооружённых конфликтах, как правило, военное положение не объявляют и всеобщую мобилизацию не проводят, то в этих условиях наиболее целесообразный вариант создания группировки медицинских сил и средств - включение в её состав хорошо оснащённых и подготовленных формирований и учреждений Всероссийской службы медицины катастроф, Минобороны России, других министерств и ведомств.

В этом случае для оказания экстренной медицинской помощи поражённому населению могут быть привлечены бригады доврачебной помощи, врачебно-сестринские бригады, бригады специализированной медицинской помощи, ПМГ, медицинские отряды специального назначения Минобороны России, санитарно-эпидемиологические отряды и другие формирования ВСМК.

Наличие у медицинского персонала ВСМК статуса спасателя, обеспечивающего медикам социальные и юридические гарантии в случае утраты трудоспособности и гибели при исполнении служебных обязанностей в зоне военных действий, - дополнительный аргумент в поддержку такого решения. При этом важнейшим условием их эффективной работы должна быть организация межведомственного взаимодействия привлекаемых медицинских сил и средств по организации медицинского обеспечения поражённого населения.

В состав группировки медицинских сил, привлекаемых к ликвидации последствий ЧС военного характера, необходимо включать также на добровольной (контрактной) основе медицинский персонал частных, гуманитарных и общественных медицинских и санитарных учреждений и организаций. Опыт организации медицинского обеспечения пострадавшего населения в вооружённых конфликтах и локальных войнах XX века свидетельствует о том, что обычно при этих видах военных действий одномоментного возникновения очагов массовых санитарных потерь среди населения не происходит, а поступление поражённых на этапы медицинской эвакуации растягивается на весь период войны.

По этим причинам в таких условиях, как правило, не возникает необходимости развёртывания дополнительных медицинских формирований ГО и использования отрядов первой медицинской помощи (ОПМ), предназначенных для работы в очагах массовых санитарных потерь, которые характерны для масштабных и региональных войн с применением современных средств поражения, включая ядерное оружие. Громоздкая структура ОПМ, отсутствие у отряда палаточного фонда и необходимость мобилизации ресурсов, сложность привлечения для работы в составе ОПМ санитарных дружин, приписываемых от других министерств и ведомств, делают ОПМ малоприспособленным для использования в условиях вооружённых конфликтов, при которых перевод системы ГО

на военное положение не осуществляется. Вместе с тем при работе в этих условиях продемонстрировали свою эффективность мобильные медицинские формирования ВСМК - полевой многопрофильный госпиталь (ПМГ) ВЦМК «Защита» и медицинские отряды специального назначения (МОСН) Минобороны России.

Анализ работы ПМГ ВЦМК «Защита» по медицинскому обеспечению поражённого населения во время военных действий в Чечне показал, что при полном развёртывании в районе вооружённого конфликта госпиталь способен в сутки принять, провести медицинскую сортировку и оказать квалифицированную (с элементами специализированной) медицинскую помощь 250 поражённым и осуществить временную госпитализацию 100-150 нетранспортабельных поражённых в сутки. Находясь в зоне военных действий, госпиталь обеспечивает работу в автономном режиме до 15 сут без пополнения запасов медикаментов и замены медперсонала, что подтверждает выводы о том, что формирования ВСМК подобного типа могут эффективно работать в зонах локальных вооружённых конфликтов.

2.3. Медицинские мероприятия при обеспечении пострадавшего населения

Во время войн и вооружённых конфликтов наряду с потерями среди гражданского населения в очагах поражения неизбежно появляется и проблема жизнеобеспечения населения, пострадавшего при ведении боевых действий или вследствие этих действий. К пострадавшим относят либо поражённых, либо понёсших материальные убытки или моральный ущерб.

Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение - важная составная часть первоочередных видов жизнеобеспечения пострадавшего населения в зонах ЧС военного характера наряду с удовлетворением минимально необходимых потребностей в воде, продуктах питания, жилье, предметах первой необходимости, информационном, транспортном и коммунально-бытовом обеспечении.

Медицинское и санитарно-эпидемиологическое обеспечение пострадавшего населения в зоне ЧС должно включать следующие мероприятия:

- оказание медицинской помощи;
- эвакуацию поражённых для стационарного лечения в ЛПУ;
- обеспечение пострадавшего населения простейшими медикаментами и медицинским имуществом;
- выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

На протяжении всей истории войн население покидало места ведения боевых действий, так как разрушались жилые дома, происходило значительное нарушение жизнеобеспечения населения.

Во время Второй мировой войны в Европе остались без жилища 60 млн человек. Происходил массовый уход населения из городов, подвергшихся налётам бомбардировочной авиации противника. Из городов Англии были эвакуи-

рованы 1,3 млн человек, из городов Германии - несколько миллионов человек. Опыт локальных войн и вооружённых конфликтов второй половины XX столетия показал, что в условиях локальных войн и вооружённых конфликтов жизнеобеспечение беженцев и вынужденных переселенцев также представляет серьёзную проблему. Количество этих людей, вынужденных из-за военных действий бросить свои жилища, может составлять десятки и сотни тысяч человек.

Во время агрессии НАТО против Югославии в 1999 г. десятки тысяч беженцев переместились из провинции Косово в сопредельные страны Европы, где длительное время размещались в палаточных городках. Во время второй Чеченской военной кампании в январе 2000 г., по официальным данным, численность вынужденных переселенцев составила более 250 тыс. человек, 35 тыс. из них были размещены в 11 палаточных лагерях.

Среди беженцев преобладают женщины, дети и старики, нередко обременённые хроническими болезнями. Многие из них не имеют ни тёплой одежды, ни запасов продовольствия и воды, ни денег, чтобы всё это приобрести. Нередко среди них возникают вспышки инфекционных заболеваний, возможны случаи смерти больных пожилых людей из-за отсутствия возможности получения медицинской помощи.

В свете этого важная составная часть жизнеобеспечения населения, пострадавшего при ведении военных действий или вследствие этих действий, - организация медицинского обеспечения в лагерях беженцев. Развёрнутые, как правило, в палаточных городках, железнодорожных вагонах и других временных жилищах, эти лагеря не могут обеспечить, особенно в сезон дождей и в холодное время года, приемлемые санитарно-гигиенические условия для длительного проживания в них малолетних детей, женщин и стариков. Скудность проживания, постоянное переохлаждение, отсутствие возможности помыться, сменить бельё, трудности с организацией горячего питания и обеспечения доброкачественной водой часто приводят к возникновению простудных заболеваний и вспышкам инфекционных болезней среди беженцев.

Нередко находящиеся в лагерях люди нуждаются в оказании экстренной медицинской помощи по поводу ранений и повреждений, полученных в результате нахождения в зоне боевых действий, а также при возникновении у них различных заболеваний и бытовых травм. В том числе могут потребоваться оказание специализированной медицинской помощи и лечение в условиях стационара, изоляция и лечение больных инфекционного и психиатрического профиля.

Немаловажную проблему представляет необходимость оказания психологической и психотерапевтической помощи беженцам, многие из которых могут находиться в состоянии тяжёлого психологического стресса, вызванного страхом за свою жизнь, пережитым насилием, гибелью родных и близких людей, утратой всего нажитого имущества.

Полевые условия размещения и организации быта людей в лагерях беженцев требуют строгих мер санитарно-гигиенического и противоэпидемического контроля объектов водоснабжения, питания, своевременного обустрой-

ства выгребных ям и туалетов, проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации всей территории лагеря.

Специалисты санитарно-эпидемиологической службы участвуют в выборе населённых пунктов и территорий для развёртывания лагерей беженцев и осуществляют санитарный надзор в местах их временного размещения. Прибывающие в места размещения беженцы подвергаются медицинскому осмотру с целью оказания им необходимой медицинской помощи и выявления инфекционных больных. При возникновении эпидемических показаний осуществляют санитарную обработку прибывших и дезинфекцию их личных вещей. Для изоляции и лечения инфекционных больных развёртывают временные инфекционные стационары.

В зависимости от масштабов вооружённого конфликта и численности беженцев, а также от особенностей оперативной и медицинской обстановки в зоне военных действий, наличия и состояния местных органов и учреждений здравоохранения, в целях медицинского обеспечения пострадавшего населения в лагерях беженцев могут развёртываться медицинские пункты, передвижные амбулатории и сокращённый состав отделений ПМГ.

Для этих целей также могут быть привлечены медицинские и санитарно-противоэпидемические формирования и учреждения ГО и ВСМК, а также медицинские подразделения МЧС России, бригады и отряды российского и международного Красного Креста, других гуманитарных и общественных организаций. Предпочтение следует оказывать профессиональным медицинским формированиям, оснащённым современным оборудованием модульного типа, обладающим возможностью длительной работы в автономных условиях.

Заслуживает пристального внимания опыт организации медицинского обеспечения вынужденных переселенцев во время вооружённых конфликтов в Чеченской Республике, где в силу особенностей обстановки потребовались нестандартные решения. Во время первой (1994-1996) Чеченской военной кампании процесс миграции населения из района боевых действий начался стихийно. Разрушение всей системы жизнеобеспечения населения в районах боевых действий, антисанитарные условия проживания, наличие на территории региона активных природных очагов чумы, сибирской язвы, туляремии создали там напряжённую эпидемическую ситуацию и усилили миграцию населения за пределы зоны боевых действий, где они были размещены во временных палаточных городках.

Значительный объём работы по оказанию вынужденным переселенцам экстренной медико-санитарной помощи на территории Чечни выполнили формирования и учреждения ВСМК. За время вооружённого конфликта в 1994-1996 гг. в ПМГ ВЦМК «Защита» была оказана медицинская помощь около 12 тыс. раненых и больных, а в период 1999-2000 гг. медицинскую помощь получили более 16 тыс. пострадавших.

Опыт организации медико-санитарной помощи населению в локальных вооружённых конфликтах свидетельствует о том, что при недееспособности местных органов здравоохранения организацию и проведение мероприятий по

медицинскому обеспечению пострадавшего населения целесообразно возложить на органы оперативного управления, силы и средства ВСМК.

В этих условиях значительно возрастает роль организации взаимодействия медицинских служб с органами управления и специальными подразделениями МЧС России, предназначенными для решения задач по организации поиска, спасения и первоочередного жизнеобеспечения пострадавшего населения.

2.4. Права и обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах

Необходимо подчеркнуть, что выполнение профессиональных обязанностей медицинским персоналом в вооружённых конфликтах регламентировано международным гуманитарным правом, которое подтверждается положениями Женевских конвенций и Дополнительных протоколов к ним.

Основные положения международного гуманитарного права подтверждены четырьмя Женевскими конвенциями, принятыми 12 августа 1949 г., и двумя Дополнительными протоколами к Женевским конвенциям, принятыми 8 июня 1977 года:

- Женевская конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях;
- Женевская конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооружённых сил на море;
- Женевская конвенция об обращении с военнопленными;
- Женевская конвенция о защите гражданского населения во время войны;
- Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 г., касающимся защиты жертв международных вооружённых конфликтов;
- Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 г., касающимся защиты жертв вооружённых конфликтов немеждународного характера.

Ради справедливости необходимо отметить, что первая Женевская конвенция об улучшении участи раненых в действующих армиях была подписана правительствами 12 государств на Дипломатической конференции в Женеве 22 августа 1864 г., которая была созвана основателями Красного Креста. Именно тогда было положено начало создания международного гуманитарного права, предназначенного для защиты жертв вынужденных конфликтов и персонала, ответственного за оказание им помощи.

В настоящее время Женевские конвенции признаны более чем 150 государствами, т.е. почти всем международным сообществом, поэтому они являются обязательными международными нормами. Медицинский персонал, работающий в зоне конфликта, должен соблюдать требования Женевских конвенций и Дополнительных

протоколов к ним, так как их нарушение - нарушение международного гуманитарного права, за которое предусмотрены ответственность и определённые санкции.

Обязанности медицинского персонала

Медицинские работники, которых привлекают к оказанию помощи в вооружённых конфликтах, должны знать и чётко выполнять следующие обязанности.

1. В любых обстоятельствах действовать гуманно, ответственно выполнять свой долг, как велит совесть. Принцип гуманности, сострадания к жертвам - один из основополагающих принципов международного гуманитарного права.

2. Медицинский персонал, предоставляющий свои услуги во время вооружённого конфликта, обязан, как и в мирное время, соблюдать принципы медицинской этики. Он должен выполнять основные правила «Женевской клятвы», принятой в 1948 г. Всемирной медицинской ассоциацией, в соответствии с которыми врач должен:

- выполнять профессиональные обязанности добросовестно и с достоинством;
- считать здоровье больного своей главной заботой;
- не разглашать доверенных ему тайн;
- не допускать никакой религиозной, национальной, расовой или политической дискриминации при выполнении своего долга;
- признавать абсолютную ценность человеческой жизни;
- даже под угрозой не использовать медицинские знания против законов человечности.

Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации в 1957 г. одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооружённых конфликтах», где подтверждён принцип единства медицинской этики в мирное и военное время.

3. С лицами, которые непосредственно не принимают участия в военных действиях или вышли из строя, необходимо обращаться гуманно.

Таким образом, раненые, больные, потерпевшие кораблекрушение, военнопленные, гражданское население на территории противника или оккупированной территории должны пользоваться уважением и защитой, обращение с ними должно быть гуманным.

4. Уход предоставляют без различий по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских. Принцип предоставления помощи без какой бы то ни было дискриминации - основополагающий принцип международного гуманитарного права. Врач должен видеть в раненом только пациента, а не «своего» или «противника». Очередность оказания помощи определяется исключительно медицинскими требованиями, совестью врача и медицинской этикой. Особое внимание следует уделять наиболее уязвимым группам пострадавших: детям, старикам, беременным.

5. Лиц, находящихся под защитой Конвенций, запрещено подвергать какой бы то ни было медицинской процедуре, которая не показана по состоянию их здоровья, а также подвергать каким бы то ни было медицинским, биологическим или иным научным опытам. Особенно строгий контроль в этой области осуществляет международное гуманитарное право. Это связано с преступлениями против человечества в годы Второй мировой войны. Необходимо исключить любые опыты над лицами, находящимися во власти противника.

6. Необходимо уважать всех раненых и больных. Если пациент в состоянии дать согласие на лечение, врач должен получить его, прежде чем приступить к лечению. В то же время действия, способные нанести ущерб здоровью больного (например, медицинские опыты), запрещены, даже если пациент даёт на них согласие.

7. Медицинский персонал, совершающий нарушения международного гуманитарного права, подлежит наказанию. На медицинском персонале, работающем в зоне вооружённого конфликта, лежит большая ответственность. Он должен сознавать, что нарушение международного гуманитарного права может вызвать тяжелейшие последствия не только для жертв этого нарушения, но и для самого медицинского персонала. Серьёзные нарушения официально считаются военными преступлениями, они подлежат уголовному преследованию независимо от времени и места совершения.

Права медицинского персонала

1. Защита медицинского персонала во время выполнения им своих обязанностей.

Необходимо отметить, что, выполняя свои обязанности в зоне вооружённого конфликта, медицинский персонал пользуется защитой международного гуманитарного права, Женевских конвенций и Дополнительных протоколов. Защита предоставляется медицинскому персоналу при условии, что он занимается исключительно выполнением поставленных перед ним гуманитарных задач, и лишь на время их выполнения. Кроме того, в этот период медицинский персонал обязан соблюдать ряд важнейших требований.

- Иметь опознавательные знаки и документы. Все члены медицинского персонала, которые пользуются защитой в зоне вооружённого конфликта, должны носить ясно видимый отличительный знак (например, большой красный крест на груди и спине или для персонала гражданской обороны - голубой равнобедренный треугольник на оранжевом поле) и иметь удостоверение личности установленного образца согласно Дополнительному протоколу к Женевским конвенциям.
- Соблюдать нейтралитет в вооружённом конфликте. Медицинский персонал должен воздерживаться от каких бы то ни было враждебных действий или любого вмешательства в военные действия.
- Иметь только личное оружие и использовать его исключительно для са-

мообороны и защиты своих раненых и больных. Оружие можно использовать для предотвращения актов насилия в отношении медицинского персонала или раненых и больных, а также для поддержания порядка в медицинских учреждениях.

2. Медицинский персонал не может быть подвергнут наказанию или преследованию за выполнение им профессиональных обязанностей в соответствии с нормами медицинской этики.

Это означает, что медицинская деятельность, если она осуществляется в соответствии с медицинской этикой, ни при каких обстоятельствах и вне зависимости от того, кому оказывается помощь, не может стать поводом для насилия, угроз, преследований и наказаний.

3. Не допускается принуждение медицинского персонала к совершению действий, несовместимых с медицинской этикой.

Это положение дополняет предыдущее. Медицинский персонал нельзя принуждать к совершению действий в отношении раненых и больных, несовместимых с положениями Конвенций, Протоколов и нормами медицинской этики.

4. Не допускается принуждение медицинского персонала к предоставлению информации о раненых и больных.

Медицинский персонал имеет право не давать информацию, которая может причинить вред раненым, больным или их семьям. Однако если внутригосударственное законодательство одной из сторон вооружённого конфликта принуждает медицинский персонал предоставить информацию, её предоставляют своему руководству для дальнейшего разрешения возникшей ситуации.

1. Иммунитет от взятия в плен.

Этим правом пользуются следующие категории медицинского персонала:

- медицинский персонал, направленный Международным комитетом Красного Креста;
- медицинский персонал нейтрального государства, предоставленный в распоряжение одной из сторон в конфликте;
- медицинский персонал госпитальных судов и самолетов санитарной авиации.

Необходимо подчеркнуть, что Конвенции и Протоколы предоставляют особые права медицинскому персоналу, направленному в зону вооружённого конфликта, для того, чтобы обеспечить выполнение важнейшей задачи - оказания помощи раненым и больным.

Опыт организации медико-санитарной помощи населению в локальных вооружённых конфликтах свидетельствует о том, что она осуществляется с учётом обстановки боевых действий и создания необходимой группировки медицинских сил и средств. Для этих целей могут быть привлечены медицинские учреждения и формирования службы медицины катастроф, ГО, других министерств и ведомств, а также различных международных и гуманитарных организаций. В своей работе они должны соблюдать требования врачебной этики, международного гуманитарного права и высокого профессионализма по оказа-

нию медицинской помощи пострадавшим.