

УДК 355.415.6; 331.45-057.36(045)

doi: 10.53816/23061456_2024_11-12_168

**ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ФОРМАТЕ СИСТЕМЫ
ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ**

**MEDICAL EVACUATION MEASURES IN THE FORMAT OF THE MILITARY
SERVICE SECURITY SYSTEM**

Д-р мед. наук С.А. Цуциев

D.Sc. S.A. Tsutsiev

ГНИИИ ВМ Минобороны России

В статье обосновывается необходимость рассмотрения лечебно-эвакуационных мероприятий, проводимых в Вооруженных Силах РФ, в формате системы управления «Безопасность военной службы». Раненые (пораженные) военнослужащие, попавшие на этапы медицинской эвакуации, законодательно сохраняют статус «исполняющие служебные обязанности» и, следовательно, наравне со здоровыми, выполняющими боевую задачу, также обладают юридическим правом, в частности, на безопасные условия военной службы, которые командование воинской части обязано им предоставить. Поэтому, планируя лечебно-эвакуационные мероприятия, необходимо их рассматривать как опасный фактор военной службы, обуславливающий целый пакет соответствующих рисков повреждения здоровья. Однако лечебно-эвакуационные мероприятия до сих пор планируются по-прежнему, без учета требований безопасности, законодательно закрепленных, что, в принципе, недопустимо.

Ключевые слова: лечебно-эвакуационные мероприятия, безопасность военной службы, этапы медицинской эвакуации, опасности, профессиональные риски.

The article substantiates the need to consider medical evacuation measures carried out in the Armed Forces of the Russian Federation in the format of the management system «Security of military service». Wounded (stricken) military personnel who have entered the stages of medical evacuation legally retain the status of «performing official duties» and, therefore, on an equal basis with healthy ones performing a combat mission, they also have a legal right, in particular, to safe conditions of military service, which the command of a military unit is obliged to provide them. Therefore, when planning medical evacuation measures, it is necessary to consider them as a dangerous factor of military service, which causes a whole package of relevant risks of damage to health. However, medical evacuation measures are still planned as before without taking into account the safety requirements that are legally fixed, which, in principle, is unacceptable.

Keyword: medical evacuation measures, safety of military service, stages of medical evacuation, hazards, occupational risks.

Введение

Настоящая статья является логическим продолжением серии публикаций, ранее посвящен-

ных анализу отдельных составляющих элементов системы медицинского обеспечения войск в формате действующей модели системы управления безопасностью военной службы (далее:

БВС) [1–3]. Главным образом это касалось контрольной (надзорной) функции за здоровыми военнослужащими Вооруженных сил (далее: ВС) РФ, исполняющими должностные и специальные обязанности применительно к конкретному рабочему месту.

Касаемо лечебно-эвакуационных мероприятий (далее: ЛЭМ), то на наш взгляд здесь имеет место внутреннее противоречие, суть которого заключается в том, что они (ЛЭМ), с одной стороны, распространяются на раненых (пораженных) военнослужащих, которые, в принципе, не в состоянии в полном объеме (в зависимости от тяжести нанесенного повреждения здоровья) выполнять как должностные, так и специальные обязанности, а с другой стороны — эти военнослужащие, несмотря на названное выше обстоятельство, в соответствии с Уставом [4, ст. 8], обладают юридическим статусом — «исполняющие служебные обязанности», как лица, находящиеся на лечении, а также при следовании к месту лечения и обратно, со всеми вытекающими последствиями. В первую очередь имеется в виду право на безопасные условия военной службы, которые командование обязано им не только создать, но и систематически контролировать, добиваться поддержания их в рабочем состоянии. Обращаем внимание на важность этого положения: военнослужащий считается исполняющим служебные обязанности, например, в случаях участия в боевых действиях, несения боевого дежурства (службы), службы в гарнизонном наряде, в составе суточного наряда, исполнения должностных обязанностей и др.

И еще одно обстоятельство, важное для нас: по приказу командира (начальника) военнослужащий, при необходимости, обязан приступить к исполнению обязанностей военной службы в любое время [4, ст. 8]. Полагаем, что в формате рассматриваемой проблемы это требование означает только одно: наличие ранения (поражения) не является для военнослужащего безусловным основанием для отказа выполнять приказ командира выполнять боевую задачу и убыть из зоны боевого соприкосновения.

Цель исследования. Предоставление свидетельств актуализации ЛЭМ под влиянием действующей модели системы управления БВС.

Материал и методы исследования. Были проанализированы руководящие документы

РФ, Минобороны России по вопросам БВС, организации медицинского обеспечения войск, в частности, ЛЭМ в мирное и военное время.

Использованные методы: научного анализа и сопоставления.

Результаты исследования. Несмотря на то, что с момента создания и внедрения в ВС РФ системы обеспечения БВС прошло порядка тридцати лет, в вопросах организации и проведения ЛЭМ соответствующих изменений как в мирное, так и военное время не произошло: деятельность медицинской службы в этом направлении, в частности, происходит без учета требований Концепции БВС, что, на наш взгляд, негативно сказывается на результативности проводимых мероприятий, так как многие опасности военной службы и соответствующие им риски повреждения здоровья остаются вне «поля зрения» органов военного управления.

Обсуждение. Как известно, единоначалие является, пожалуй, одним из основных принципов военного строительства, определяющим организацию взаимодействия между военнослужащими. Реализация этого принципа наделяет командира (начальника) всей полнотой распорядительной власти в отношении подчиненных и возлагает на него персональную ответственность перед государством за все стороны жизнедеятельности личного состава [4, с. 33], хотя зачастую фактическим их исполнителем являются совершенно другие должностные лица (начальники служб и др.). Так, например, на медицинскую службу возложено решение вопросов организации и проведения ЛЭМ в войсках как в мирное, так и в военное время, как составной части (элемента) медицинского обеспечения войск.

Анализ руководящих документов Министерства обороны (далее: Минобороны) РФ показал, что в настоящее время в основе управления деятельностью медицинской службы воинской части заложен преимущественно так называемый «функциональный» подход, который позволяет добиться неплохих результатов, но преимущественно в пределах структурного подразделения, так как интересы иных служб, структурных подразделений, а также воинской части в целом отодвигаются на второй план. Это ведет к функциональной разобщенности (обособленности) отделов (служб), укреплению вертикальных связей и ослаблению горизонтальных. Казалось

бы: все решают одну задачу, но все делают это по-разному, так как цели и задачи у всех разные. Это логично вытекает из вопросов целеполагания: целью планирования работы медицинской службы по-прежнему является качественное и своевременное выполнение задач, стоящих перед медицинской службой за календарный период [5, п. 25], то есть имеет место исключительно «функционально-индивидуальное» планирование, направленное на решение конкретной задачи медицинской службы, а именно — сохранение жизни и здоровья военнослужащих. Логично, что вся полнота ответственности за результативность ЛЭМ возлагается преимущественно на медицинскую службу во главе с ее начальником, впрочем, равно как и за все медицинское обеспечение личного состава воинской части в целом.

Получив боевую задачу на организацию и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий, начальник медицинской службы уточняет сроки проведения боевых действий, направление, задействованные силы (вооружение, живая сила и пр.), характер боевых действий, делает прогноз санитарных потерь, их структуру, маршруты эвакуации, при необходимости запрашивает дополнительные силы и средства у командира части, а также у вышестоящего медицинского начальника и пр.

Проект индивидуального плана начальник медицинской службы согласовывает со всеми заинтересованными должностными лицами (сторонами), но этот аспект планирования в деталях не раскрывается: что, когда и с кем обсуждается и согласовывается, в доступных руководящих документах медицинской службы не уточняется [5]. В целом отличительные признаки изложения рассматриваемой процедуры — безадресность: все как-то само собой делается, так как предполагается, что все знают всё; недосказанность: отсутствие детализации процедуры объясняется ложной очевидностью событий; приблизительность: отсутствие точных и надежных критериев для обоснования тех или иных предложений и др.

Мы обратили внимание, что военных врачей интересуют главным образом клинические вопросы ЛЭМ: объем и виды оказываемой помощи, стратегия и тактика оказания видов медицинской помощи с учетом особенностей поражающих факторов новых видов огнестрельного и др. видов оружия. Разрабатываются схемы реализа-

ции различных этапов медицинской эвакуации. Сама эвакуация рассматривается преимущественно как способ максимально «приблизить» тот или иной вид медицинской помощи более высокого уровня к раненому (пораженному) военнослужащему, например, концепция оказания медицинской помощи раненым с повреждениями опорно-двигательного аппарата: раненым в конечности необходимо оказать комплексную специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь [6–8].

При этом форма изложения процедуры в документах преимущественно описательно-повествовательная, зачастую не учитывающая особенности тех или иных обстоятельств быстро изменяющейся обстановки военного времени. Как следствие, важнейшие вопросы — организация питания, водообеспечения, временного размещения, обогрева и пр. раненых (пораженных) — рассматриваются, на наш взгляд, недостаточно предметно, как очевидные, пожалуй, второстепенные вещи. Миротворческие операции последних лет наших ВС в странах с жарким климатом и горно-пустынным ландшафтом — яркое тому доказательство: например, отсутствие стабильного водоснабжения доброкачественной водой в достаточном количестве стремительно оказывает негативное воздействие в равной степени на весь личный состав этапа медицинской эвакуации (ЭМЭ) — и на раненых (пораженных), и на медицинский персонал; на приготовление пищи, и на приготовление лекарственных препаратов; на мытье рук хирурга, и на мытье столово-кухонной посуды и пр. Другой пример: резкий суточный (день-ночь) температурный градиент воздуха, окружающих предметов — практически полностью исключает пребывание человека (и раненого, и медицинский персонал) в помещении без средств коррекции параметров микроклимата. Состояние дорог (маршруты движения) зачастую оценивается как безупречное, транспорт исправен и из строя не выходит, топливо не заканчивается, медицинский и иной обслуживающий персонал риску гибели, увечья и пр. не подвержены, они не устают, имеют хорошее и стабильно-позитивное настроение и пр.

Все перечисленное постоянно окружает раненого (пораженного) на каждом ЭМЭ, на путях эвакуации, зачастую сводя на нет всю ранее

проделанную работу по оказанию различных видов медицинской помощи (особенно хирургической). Однако знать специфику ЛЭМ мало: задача заключается в том, что все эти «узкие места» надлежит с помощью определенных критериев вычленивать, учесть, оценить и в дальнейшем реализовывать при планировании.

Система управления БВС предлагает в качестве критерия принять опасные факторы военной службы (вызывают гибель военнослужащего или его увечье с трудопотерями) [4, 9–10]. Полагаем, этого недостаточно. Предлагаем «рискоориентированный» подход, учитывающий все опасности и соответствующие им риски повреждения здоровья [11]. Необходимо тщательно проанализировать всю деятельность по организации и проведению ЛЭМ, вычленивать и учесть все, что негативно влияет на их проведение и обуславливает соответствующие риски повреждения здоровья раненым (пораженным) военнослужащим. Риски надлежит оценить на предмет вероятности их реализации и тяжести проявления, выделив допустимые и недопустимые. Как итог, мы имеем не «приблизительное» планирование, а четко сформулированный план ЛЭМ, основанный на системе управления рисками повреждения здоровья раненых (пораженных) военнослужащих на ЭМЭ. Такой подход предполагает применение, так называемого, «проактивного» метода управления, предполагающего недопущение реализации (профилактика) нежелательных событий. Характерной чертой современной системы ЛЭМ, на наш взгляд, до сих пор является применение преимущественно так называемого «реактивного» метода управления. Имеет место исключительно устранение последствий неадекватно протекающего процесса, когда проведение упреждающих мероприятий практически невозможно. Это свидетельствует об отсутствии точных и надежных критериев оценки обстановки, позволяющих заблаговременно принимать управляющие действия.

В настоящее время существуют многочисленные экспериментальные данные о величине и структуре санитарных потерь при применении различного типа огнестрельного и других видов оружия, которые, как правило, имеют статус «ограниченный доступ». Официальной методики по расчету вероятности и тяжести нанесения повреждений личному составу пока нет, равно

как и методики расчета потребности в силах и средствах для проведения ЛЭМ. Представление о характере ЛЭМ, максимально приближенных к реальным событиям военного времени, дает анализ результатов масштабных террористических актов с применением взрывных устройств, обычных средств поражения: порядка 71 % (от общего числа пострадавших) составили санитарные потери; из них было госпитализировано около 76 %.

Все исследователи отмечают следующий интересный факт: если количество пострадавших, нуждающихся в госпитализации, находилось в пределах 50 человек, то привлекаемый для эвакуации санитарный автотранспорт успевал выполнить 2 и более рейсов для доставки пострадавших в лечебно-профилактические учреждения. Если количество нуждающихся в госпитализации достигало 100 человек и более, то для эвакуации нуждающихся в стационарном лечении требуется, как правило, минимум 50–60 санитарных автомобилей. По меркам военного времени это очень много. Невозможно даже предположить скопление на переднем крае хотя бы половины от такого количества санитарного транспорта, так как последствия будут, безусловно, очевидны. И это также следует рассматривать как опасность военной службы.

По данным МЧС, самым популярным транспортом является санитарный автотранспорт: на него приходится в среднем порядка 76 % от всех эвакуированных пострадавших. Далее следует воздушный транспорт — порядка 23 %, соответственно. Оставшиеся примерно 1 % пострадавших были эвакуированы всеми прочими видами транспорта.

Однако исследователи этой проблемы едины в понимании того бесспорного факта, что все приведенные расчеты и полученные результаты нельзя возводить в категорию догмы: их можно использовать только для понимания тенденций в развитии ситуаций, аналогичных ранее изученным и описанным. В реальности динамика событий может неожиданно и многократно меняться в любую сторону. Тем не менее необходимо учитывать максимально полные сведения о факторах военной службы, реализуемых в предстоящих событиях с высокой вероятностью.

Проанализируем в качестве примера данные о частоте применения транспорта в качестве

средства эвакуации. Если их рассматривать так, как они представлены, то невольно напрашивается вывод о высокой надежности автомобильного и воздушного транспорта, все остальные — малопригодны в силу разных причин. На наш взгляд, это не совсем так. Применение того или иного транспорта зависит от многих условий: во-первых, его достаточность; во-вторых, наличие развитой системы автомобильного (или иного) сервиса (ремонт, техническое обслуживание, ГСМ и пр.), в-третьих, состояние дорог (автомобильный транспорт): развитость, характер и состояние покрытия и пр.; в-четвертых, развитость инфраструктуры, предполагающая относительно небольшие перемещения (высокий оборот) и пр. Особенности региона имеют значение: плотность населения, ландшафт (горно-пустынная местность), количество осадков, гидрологические особенности и пр.

Кроме того, не будем забывать: сам транспорт является источником опасностей, которые имеют свойство под влиянием фактов окружающей среды значительно усиливаться, например, шум, вибрации (при пробуксовке и пр.), толчки (разбитые дороги и др.).

Таким образом, ЛЭМ в общепринятом формате рассматриваются как система эшелонированного оказания медицинской помощи раненым (пораженным) в процессе их поступательного движения из мест нанесения повреждений (поле боя и пр.) в соответствующие лечебные учреждения. Предлагаемые к реализации лечебные и эвакуационные мероприятия, на наш взгляд, как правило, не имеют должного обоснования. Однако этот вывод касается преимущественно передовых ЭМЭ, где разобраться в фактической обстановке очень непросто.

Касаемо тыловых ЭМЭ, ситуация совершенно иная: например, разработанная и внедренная Концепция оказания медицинской помощи раненым с повреждениями опорно-двигательного аппарата имеет весьма убедительную научную базу: в ее основе лежит 8 принципов, однако отличительным признаком которых является термин «раннее». Суть концепции заключается в следующем: для оказания раненым в конечности комплексной специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи необходимо создать условия для раннего оказания специализированной медицинской по-

мощи на передовых ЭМЭ, а также раннее применение авиационного медицинского транспорта в центральные военно-медицинские организации (ВМО), минуя промежуточные этапы [6–8]. Таким образом, мы снова вернулись к передовым ЭМЭ, без четкой, слаженной, а главное, обоснованной работы на которых невозможны никакие результативные ЛЭМ на тыловых ЭМЭ.

Примерно с середины 90-х годов прошлого столетия в ВС РФ начался процесс разработки и внедрения системы управления БВС, цель которой состоит в формировании новой культуры безопасности ратного труда. Деятельность по созданию в войсках безопасных условий военной службы была объявлена наиболее приоритетным направлением современного военного строительства, определяющим престиж службы в отечественных вооруженных силах.

Нужно признать, что несмотря на пройденные годы, затраченные ресурсы и пр., решительных успехов на этом поприще добиться не удалось: многие положения руководящих документов по БВС продолжают оставаться спорными, а порой — противоречивыми; объекты, субъекты и область изучения и оценки до сих пор являются предметом нестихаемых дискуссий; нередко случаются аварии и пр. Тем не менее введенные требования БВС обусловили ряд концептуальных нововведений, затрагивающих все сферы жизнедеятельности войск. Наиболее важными следует, на наш взгляд, считать следующие требования:

– командир (начальник) воинской части в мирное и военное время отвечает за состояние БВС [4, ст. 93]; в своей служебной деятельности он должен отдавать приоритет сохранению жизни и здоровья подчиненных военнослужащих [4, ст. 81];

– принимать все возможные меры по обеспечению защищенности военнослужащих от воздействия опасных факторов военной службы, предупреждению их гибели (смерти) и увечий (ранений, травм, контузий) [4, ст. 81];

– реализуемые командиром (начальником) решения по обеспечению БВС не должны приводить к срыву выполнения боевой задачи [4, ст. 81];

– начальник службы обязан при планировании мероприятий повседневной деятельности уточнять опасные факторы военной службы, ко-

торые могут при этом возникнуть, и определять меры по их ограничению (нейтрализации), обеспечивать создание безопасных условий военной службы на каждом месте исполнения должностных, специальных обязанностей [4, ст. 320]; руководить проведением мероприятий по обеспечению безопасности военной службы в подчиненных подразделениях и службе [4, ст. 113].

Обращаем внимание: перечисленные требования, являются юридически обязательными для реализации в любой воинской части, применительно к деятельности любого командира (начальника), при планировании любых видов деятельности. Тем не менее изучение и тщательный анализ нормативных, правовых и иных актов Минобороны России, регулирующих вопросы медицинского обеспечения войск, показали, что как на документарном уровне, так в прикладном отношении кардинальных изменений в организации и проведении ЛЭМ, в связи с внедрением системы управления БВС, не произошло. На наш взгляд, ситуация должна в корне измениться.

ЛЭМ, будучи элементом системы управления БВС, перестают быть преимущественно «индивидуальным» делом медицинской службы; они становятся частью (элементом) общего дела, возглавляемого органом военного управления воинской части во главе с ее командиром, по созданию безопасных условий военной службы.

Несомненно, многие вопросы организации ЛЭМ далеко выходят за пределы компетенции должностных лиц — военных врачей. Полагаем, что руководителям немедицинских военных специальностей, в силу определенных обстоятельств, гораздо проще решать эти вопросы, например, выделения (ремонта) транспортных средств эвакуации (медицинский, немедицинский, автомобильный на колесном (гусеничном) шасси и пр.), снабжения горюче-смазочными материалами, организации питания, водообеспечения, охраны и обороны и многое другое.

Планирование мероприятий по обеспечению БВС является составной частью общего планирования повседневной деятельности в воинской части (организации) на период обучения (учебный год) и осуществляется совместно с планированием боевой подготовки [4, 9–10]. Логично, что одновременно должны обрабатываться и ЛЭМ.

Нестандартность нового взгляда на ЛЭМ заключается еще в том, что речь идет о создании безопасных условий военной службы не у здоровых представителей военно-медицинской и иных служб, организующих и реализующих ЛЭМ (что разумеется само по себе) на конкретных рабочих местах, а главным образом у раненых (пораженных) военнослужащих, поступивших на ЭМЭ, так как военнослужащие, находящиеся на излечении в лечебных учреждениях Минобороны России, а также в пути следования (туда и обратно), юридически считаются лицами, «исполняющими служебные обязанности» и, следовательно, обладающими правами на законодательно установленные социальные льготы и компенсации, в том числе и на создание безопасных условий военной службы.

Целью ЛЭМ должно стать не сохранение жизни и здоровья раненых (пораженных) военнослужащих на ЭМЭ (как это сейчас считается), а обеспечение защищенности от воздействия опасных факторов военной службы.

Следует признать, что не все раненые (пораженные) военнослужащие, попавшие на ЭМЭ, благополучно добиваются до установленного места назначения (лечебное учреждение), выздоравливают и возвращаются в строй. Случается, как это печально ни звучит, и иной (драматичный) сценарий развития событий. Полагаем, что причина кроется, преимущественно, не в допущенных медицинской службой промахах и врачебных ошибках: все дело в несовершенстве ныне действующей системы обнаружения неблагоприятных факторов военной службы (опасностей), оказывающих негативное влияние на жизнь раненых (пораженных) военнослужащих на ЭМЭ. Многие аспекты остаются вне поля зрения органов военного управления. Предлагаемый к реализации «риск-ориентированный» подход заключается в системном анализе всех объектов, субъектов, событий, окружающих ЭМЭ, в качестве потенциальных опасностей, представляющих угрозу жизни раненых (пораженных) военнослужащих. Обращаем внимание, что идентификацией опасностей должны заниматься все начальники служб (структурных подразделений), в части их касающейся. Соответствующие им риски повреждения здоровья выявляются и оцениваются. Представителем медицинской службы составляется Единый перечень таковых с дифференциацией, при необходимости, по этапам, например, на поле

боя (линии огня, в «красной» зоне и пр.), при медицинской эвакуации, в лечебном учреждении и др. В итоге мы имеем конкретный план ЛЭМ, основанный на выявленных опасностях и соответствующих им профессиональных рисках повреждения здоровья военнослужащих (гибель, увечье).

В основе управления ЛЭМ должны быть заложены «системный» и «процессный» подходы, позволяющие преодолеть функциональную разобщенность различных служб и структурных подразделений воинской части, превращая ЛЭМ в единый процесс (поток) по недопущению «превращения» раненого (пораженного) военнослужащего в погибшего на ЭМЭ. В целом должен применяться так называемый «проактивный» метод управления, позволяющий работать на опережение и не допускать реализации недопустимых рисков.

Планируемые ЛЭМ не должны препятствовать выполнению поставленной боевой задачи. При кажущейся необычности этого тезиса иначе и быть не может: воинская дисциплина обязывает каждого военнослужащего беспрекословно выполнять поставленные задачи в любых условиях, в том числе с риском для жизни, стойко переносить трудности военной службы [4, 9–10]. Это требование наполняет особым смыслом любую деятельность в ВС. Применительно к рассматриваемой проблеме — дается четкий ответ на непростой вопрос: является ли наличие у военнослужащего раны (травмы и пр.) безусловным показанием для прекращения выполнения боевой задачи, покидания поля боя и перемещения на ЭМЭ. Безвозвратных потерь личного состава не избежать — это невозможно, но каждый факт гибели или увечья должен быть, насколько это возможно, случаем допустимого риска.

Заключение

Проведенное исследование показало, что планирование и реализация ЛЭМ в ВС РФ до сих пор осуществляется без учета требований БВС, что считаем концептуально неверным. Актуализация руководящих документов, регламентирующих ЛЭМ, на наш взгляд, меняет смысл этой непростой процедуры: пребывание раненого (пораженного) военнослужащего на ЭМЭ, на наш взгляд, следует рассматривать не как локальное (частное) мероприятие, организуемое и проводимое преимущественно медицинской службой, по

его эвакуации с места нанесения повреждения в лечебное учреждение для последующего лечения и выздоровления (насколько это возможно), а как комплексный широкомасштабный процесс, возглавляемый органом военного управления во главе с командиром воинской части, по выявлению опасностей и соответствующих им рисков повреждения здоровья для обоснования разработки и реализации предупреждающих (корректирующих) действий по недопущению «превращения» раненого (пораженного) военнослужащего в погибшего на ЭМЭ.

Происходит трансформация смысла ЛЭМ: имеет место замена представления о ЛЭМ как о процессе «рафинированного» лечения с полным отстранением (эвакуацией) раненого (пораженного) от условий боевой обстановки в глубокий тыл (например, спасатели МЧС), на формат процесса обеспечения защищенности раненых (пораженных) военнослужащих от воздействия опасных факторов военной службы в рамках системы управления БВС, с готовностью выполнить, при необходимости, поставленную боевую задачу.

Наличие ранения (поражения) и отсутствие личного оружия делает военнослужащих на ЭМЭ особо уязвимыми перед опасностями военной службы. Поэтому все мероприятия по планированию ЛЭМ в формате системы управления БВС должны осуществляться с особой тщательностью, комплексно, по согласованию со всеми службами и иными структурными подразделениями, задействованными в этом мероприятии, которые предоставляют свои предложения по выявленным ими опасностям и профессиональным рискам повреждения здоровья для раненых (пораженных) на ЭМЭ.

Список источников

1. Цуциев С.А., Юдин А.Б. Гигиенический контроль за условиями военного труда в формате системы обеспечения безопасности военной службы // Вестник Академии военных наук. 2023. № 2 (83). С. 118–125.
2. Цуциев С.А. Медицинский контроль за военно-профессиональной деятельностью войск: состояние и перспективы // Вопросы оборонной техники. Серия 16. Технические средства противодействия терроризму. 2023. № 9–10 (183–184). С. 27–33.

3. Цуциев С.А. Концептуальные предложения по совершенствованию контрольной (надзорной) деятельности медицинской службы в Вооруженных Силах Российской Федерации // Электронное научное издание Военное право. 2023. № 6 (82). С. 55–64.

4. Указ Президента РФ от 10.11.2007 № 1495 «Об утверждении общевоинских уставов ВС РФ».

5. Руководство по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил РФ на мирное время, 2017 г. 39 с.

6. Тришкин Д.В., Крюков Е.В., Чуприна А.П. и др. Эволюция концепции оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата // Военно-медицинский журнал. 2020. Т. 341. № 2. С. 4–11.

7. Тришкин Д.В. Итоги деятельности медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации в 2023 году и задачи на 2024 год // Военно-медицинский журнал. 2024. Т. 345. № 1. С. 4–21.

8. Крюков Е.В., Давыдов Д.В., Хоминец В.В. и др. Этапное лечение раненых с повреждениями опорно-двигательной системы в современном вооруженном конфликте // Военно-медицинский журнал. 2023. Т. 344. № 3. С. 4–14.

9. Приказ Министра обороны РФ от 22 июля 2015 г. № 444 «Об утверждении Руководства по обеспечению безопасности военной службы в ВС РФ».

10. Методические рекомендации по организации и выполнению мероприятий повседневной деятельности в соединениях и воинских частях Вооруженных сил РФ. Служба войск и обеспечение безопасности военной службы / Для изучения и применения в соответствии с указанием первого заместителя Министра обороны РФ от 20.12.2018. № 205/2/585.

11. Цуциев С.А. Безопасность военной службы в формате «риск-ориентированного» подхода // Военная мысль. 2022. № 6. С. 99–105.

References

1. Tsutsiev S.A., Yudin A.B. Hygienic control over military working conditions in the format of

military service security system // Vestnik akademii voennyh nauk. 2023. Vol. 2. No 83. Pp. 118–125.

2. Tsutsiev S.A. Medical control over professional military activities of troops: current state and trends // Voprosy oboronnoj tehniki. Serija 16: Tehniceskie sredstva protivodejstvija terrorizmu. 2023. No 9–10 (183–184). Pp. 27–33.

3. Tsutsiev S.A. Conceptual proposals for improving the control (supervisory) activities of the medical service in the Armed Forces of the Russian Federation // Jelektronnoe nauchnoe izdanie Voennoe pravo. 2023. No 6 (82). Pp. 55–64.

4. RF Presidential Edict No 1495 of 10 November 2007 «On approval of the Russian Armed Forces' Basic Military regulations».

5. Manual of medical support for the Russian Armed Forces in peacetime. 2017. 39 p.

6. Trishkin D.V., Krjukov E.V., Chuprina A.P. et al. The evolution of the concept of medical care for the wounded and injured with injuries of the musculoskeletal system // Voенно-медицинский журнал. 2020. Vol 341. No 2. Pp. 4–11.

7. Trishkin D.V. Results of the medical service activities of the Armed Forces of the Russian Federation in 2023 and goals for 2024 // Voенно-медицинский журнал. 2024. Vol. 345. No 1. Pp. 4–21.

8. Krjukov E.V., Davydov D.V., Hominec V.V. et al. Staged treatment of the wounded with injuries of the musculoskeletal systems in modern armed conflict // Voенно-медицинский журнал. 2023. Vol. 344. No 3. Pp. 4–14.

9. The Russian Federation Ministry of Defense's Order No 444 of 22 July 2015 «On approval of the military service security regulations in the Russian Armed Forces».

10. The methodology recommendations on the organization and implementation of the Russian Army units' daily activities. Troop service and military service security assurance / for the purpose of studying and applying under provisions of the First Deputy Defense Minister of the Russian Federation dated 20 December 2018. No 205/2/585.

11. Tsutsiev S.A. Military service security in a format of the «risk-oriented approach» // Voennaya mysl'. 2022. No 6. Pp. 99–105.