

Р.Н. Лемешкин<sup>1</sup>, П.К. Котенко<sup>2</sup>, И.Ф. Савченко<sup>1</sup>,  
Г.В. Косяков<sup>3</sup>, В.А. Блинов<sup>1</sup>, А.В. Синкевич<sup>4</sup>,  
А.В. Степанов<sup>5</sup>, Д.А. Чепурненко<sup>1</sup>, А.Г. Климзов<sup>6</sup>

## Проблемные вопросы использования военно-медицинской терминологии в Службе медицины катастроф Министерства обороны Российской Федерации

<sup>1</sup>Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова, Санкт-Петербург

<sup>3</sup>Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург

<sup>4</sup>Главное управление научно-исследовательской деятельности и технологического сопровождения передовых технологий (инновационных исследований), Москва

<sup>5</sup>Филиал № 3 426-го военного госпиталя, Оренбург

<sup>6</sup>Военная академия связи им. Маршала Советского Союза С.М. Буденного, Санкт-Петербург

**Резюме.** Здравоохранение Российской Федерации и её отрасль «медицина катастроф» переживают системные изменения, которые требуют в том числе переоценки подходов к работе врачей-специалистов федеральных министерств, агентств и служб при реализации совместной деятельности в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций различного генеза. При этом в ходе межличностной коммуникации медицинские специалисты часто сталкиваются с различным пониманием и трактовкой специальных профессиональных терминов, что зачастую приводит к снижению качества организации взаимодействия и управления. Особенностью использования военно-медицинской терминологии в Службе медицины катастроф Российской Федерации стало её смешение с терминологическими дефинициями специалистов других федеральных министерств, агентств и служб, что в некоторых случаях существенно затрудняет управленческую коммуникацию. Произведен научный поиск с использованием контент-анализа, рангового дисперсионного анализа и социолингвистического анализа наиболее употребляемых терминов, которые характеризуют такие понятия, как «раненый», «больной» и «пораженный», «пострадавший», «пациент», «медико-санитарное обеспечение», «лечебно-эвакуационное обеспечение», «медицинское обеспечение», а также терминов, характеризующих виды медицинской помощи. Наиболее значимыми, по мнению экспертов, терминами, которые отражают практическую деятельность медицинских специалистов и позволяют им осваивать на должном уровне учебные программы подготовки кадров высшей квалификации в области «медицины катастроф», стали термины «пораженный в чрезвычайной ситуации», «пациент» ( $3,77 \pm 0,82$  балла), а также «лечебно-эвакуационное обеспечение» ( $4,67 \pm 0,55$  балла) и «медицинское обеспечение» ( $4,2 \pm 1,1$  балла). Также определены содержательные терминологические противоречия, способные привести к нарушению организационной целостности системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций силами и средствами медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации. Все это требует гармонизации (приведения к единому пониманию) соответствующей терминологической основы применения военно-медицинской терминологии в Службе медицины катастроф Российской Федерации.

**Ключевые слова:** чрезвычайная ситуация, военно-медицинская терминология, Служба медицины катастроф, организация взаимодействия, медицинское обеспечение, лечебно-эвакуационное обеспечение, медицинская помощь, раненые, больные и пораженные.

**Введение.** Содержание законодательных и нормативных правовых документов, регламентирующих функционирование систем организации медицинского обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС), а также медицинской защиты населения от ЧС, является предметом деятельности соответствующих федеральных органов государственной власти, организаций, учреждений, должностных лиц и граждан (в том числе и военнослужащих). В практической (в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС) и в образовательной деятельности как у специалистов Минздрава России, военнослужащих Минобороны России и Министерства внутренних дел

(МВД) России, так и у сотрудников и специалистов Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России) имеют место определенные трудности в восприятии и использовании военно-медицинской терминологии.

Военные медики России используют огромный пласт сложившейся десятилетиями и устоявшейся специальной терминологии, описывающей системы организации медицинского обеспечения войск (сил) и населения, но планирование и организация взаимодействия сил и средств федеральных министерств, агентств и служб в ходе ликвидации меди-

ко-санитарных последствий ЧС требуют унификации и единого понимания многих понятий и терминов. И здесь главенство в формировании пула функционально-коммуникативной терминологии медицины катастроф принадлежит специалистам МЧС России как базового федерального министерства, предназначенного для обеспечения безопасности защиты населения от опасностей в ЧС.

Функциональность используемой терминологии состоит в определении роли конкретного объекта или конкретного направления деятельности человека. В нашем случае это однозначное смысловое представление медицинскими специалистами различных федеральных органов исполнительной власти своей профессиональной медицинской деятельности в такой отрасли здравоохранения, как «медицина катастроф». Коммуникация медицинских специалистов различных федеральных министерств, агентств и служб заключается в предоставлении информационных данных в органы государственной власти в одном ключе и по единым требованиям, поэтому одной из частных задач исследования стало решение терминологической проблемы при организации взаимодействия всех заинтересованных федеральных органов исполнительной власти [5]. Организация взаимодействия медицинского персонала федеральных министерств, агентств и служб, привлекаемых к участию в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, должна быть реализована в поле единого понятийного аппарата, применяемого для оценки обстановки, представления фактов, доводов и явлений, принятия решения.

**Цель исследования.** Систематизировать и уточнить основные проблемные вопросы использования военно-медицинской терминологии в Службе медицины катастроф (СМК) России, касающиеся организации системы медицинского обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, определить возможные пути их решения.

**Материалы и методы.** Методика контент-анализа, примененная в процессе работы, позволила выполнить анализ текстовых массивов (законодательных и нормативных правовых документов) и продуктов коммуникативной корреспонденции, отражающих основы использования современной терминологии, характеризующих планирование и реализацию медицинскими специалистами в первую очередь Минобороны России, Минздрава России, МЧС России и Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) мероприятий по организации системы медицинского обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС различного генеза.

Социолингвистический анализ и статистический эксперимент – ранговый дисперсионный анализ с определением согласованности мнения экспертов – позволили оценить практическую значимость использования того или иного изучаемого термина в

практической деятельности медицинских специалистов федеральных министерств, агентств и служб, принимающих участие в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, а также сформировать соответствующие компетенции в рамках учебных дисциплин и модулей «Медицина катастроф», «Медицина чрезвычайных ситуаций», «Безопасность жизнедеятельности» и др.

Для проведения статистического эксперимента были определены эксперты (n=30) из числа специалистов медицинских организаций Минздрава России, Минобороны России, МЧС России, ФМБА, которые должны были определить степень значимости термина в своей профессиональной деятельности, связанной с ликвидацией медико-санитарных последствий ЧС. Для каждого из терминов было определено его значение: «низкое» – 1 балл, «ниже среднего» – 2 балла, «среднее» – 3 балла, «высокое» – 4 балла и «очень высокое» – 5 баллов.

Оценка значимости различия частот наблюдений изучаемых факторов и показателей осуществлена с помощью непараметрического критерия Пирсона ( $\chi^2$ ), согласованность мнений экспертов оценена с помощью рангового коэффициента конкордации Кенделла (W).

**Результаты и их обсуждение.** Вопросы терминологии «медицины катастроф» неоднократно поднимались в периодической печати. Так, еще в 1992 г., на заре становления отрасли, видные ученые в области военного здравоохранения Е.В. Решетников, В.В. Абушинов [22] на страницах «Военно-медицинского журнала», дискутируя о проблемах терминологии, осветили различные подходы к определениям понятий «ликвидация медицинских последствий катастроф», «медицинское обеспечение населения в ЧС», «лечебно-эвакуационные мероприятия». Несомненно, что на тот период (начало 1990-х гг. – зарождение и становление Всероссийской службы медицины катастроф) представленные положения носили конструктивный характер! Но на сегодняшний день нормативное правовое сопровождение деятельности, в том числе и СМК Минобороны России, стало намного сложнее и требует изменения подхода к основным терминам.

Основным законодательным документом, в котором изложена функциональная и коммуникативная терминология представителей медицинских служб, сил и средств всех федеральных министерств, агентств и служб, в настоящее время выступает Федеральный закон (ФЗ) от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [12], в котором четко прописано, что «... в случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона...».

Таким образом, СМК России и, как частный случай, СМК Минобороны России в процессе выполнения своих функций обязаны неукоснительно соблюдать требования федерального законодательства.

Термины, представленные в действующих законодательных и нормативных правовых документах, характеризуют системы организации медицинского обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, имеют разное толкование и информационное наполнение.

Рассмотрим базовые термины и понятия, используемые в деятельности СМК Минобороны России [13]: «раненый», «больной», «пораженный», «пострадавший» и «пациент» (табл.).

Принципиально, что во всех вышеприведенных терминах отражен их социальный компонент – нуждаемость в здоровье и утраченных материальных благах, а также фактор (-ы), вызвавшие данное (-ые) состояние (-ия) и общее патологическое состояние.

В ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС наиболее приемлемо употребление термина «пораженный», который несет в себе не только клиническую,

но и социальную нагрузку. Анализ терминологических словарей [3, 6, 7, 19, 27, 35] показал, что термин «пораженный» в них отсутствует, а имеет место указание на процесс – «поражение». Синонимами термина «пораженный» являются «удивленный», «изумленный», «потрясенный», «ошеломленный». В этом и заключается социальный аспект – перенесенное поражение ошеломляет человека и приводит его к не только к физической травме, но и к психологической, а иногда и к психической [10, 32]. Соответственно, дефиниция «пораженный» становится более полной и емкой, принимает однозначный смысл, когда термин употребляют с указанием конкретного поражающего фактора ЧС: «пораженный ионизирующим излучением», «пораженный в результате минно-взрывного ранения» [8].

Данный подход сопоставим с использованием термина «раненый», который, исходя из опыта военной медицины, является более емким и включает в себя как процесс поражения, так и поражающий фактор: «...все лица, получившие поражения (ранения, закрытие повреждения, ожоги, поражения проникающей радиацией, отравляющими веществами,

Таблица

**Определение терминов «раненый», «больной», «пораженный», «пострадавший», «пациент» (стилистика и орфография источника сохранены)**

Термин	Определение
Пострадавший в ЧС	– человек, пораженный либо понесший материальные убытки в результате возникновения ЧС [5] – Т1 (здесь и далее «термин номер один»)
Пораженный в ЧС	– человек, заболевший, травмированный или раненый в результате поражающего воздействия источника чрезвычайной ситуации [5] – Т2.1
	– человек, получивший поражение в результате воздействия оружия, применяемого противником на войне (в воен. медицине) [35] – Т2.2
	– человек, заболевший, травмированный или раненый, у которого в результате непосредственного или опосредованного воздействия на него поражающих факторов источника ЧС возникли нарушения здоровья [7] – Т2.3
Раненый	– человек (военнослужащий), получивший открытое повреждение (рану) в результате воздействия механического поражающего агента, в частности холодного или огнестрельного оружия [19] – Т3.1
	– лица, получившие поражения (ранения, закрытые повреждения, ожоги, поражения проникающей радиации, отравляющими веществами, биологическими средствами, отморожения и т.д.) в результате воздействия различных видов оружия противника или непосредственно связанные с выполнением боевой задачи [16] – Т3.2
Больной	– больные, патологические состояния которых обуславливают необходимость применения терапевтических методов лечения: болезни внутренних органов (терапевтические), инфекционные, психиатрические, неврологические, кожно-венерические, частично глазные и ЛОР-болезни [19] – Т4
Раненые и больные	– в международном праве – режим военнослужащих и др. официально состоящих при армии лиц, выбывших из строя по ранению или болезни и оказавшихся на территории противника; определены в Гаагских конвенциях 1899 и 1907, получивших развитие в Женевских конвенциях 1949 и дополнительных протоколах к ним 1977. Страны, присоединившиеся к этим документам (в т. ч. РФ как правопреемник СССР), обязуются разыскивать Р. и Б. на поле боя, эвакуировать их из опасной зоны, регистрировать и сообщать о них государству, в ВС которого они входили. Р. и Б., попав во власть неприятеля, считаются военнопленными. Их категорически запрещается добывать и истреблять, пытать, подвергать какому-либо эксперименту [7] – Т5
Больные терапевтического профиля	– больные, патологические состояния которых обуславливают необходимость применения терапевтических методов лечения: болезни внутренних органов (терапевтические), инфекционные, психиатрические, неврологические, кожно-венерические, частично глазные и ЛОР-болезни [19] – Т6
Больные хирургического профиля	– больные, патологические состояния которых обуславливают необходимость применения хирургических методов лечения; основными из них являются гнойно-воспалительные болезни кожи и подкожной клетчатки, острые заболевания органов брюшной и грудной полости, малого таза, а также другие заболевания внутренних органов, требующие хирургических мер коррекции [19] – Т7
Пациент	– физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния [12] – Т8

**Примечание:** ЛОР – оториноларингология; ВС РФ – Вооруженные силы Российской Федерации; СССР – Союз Советских Социалистических Республик.

бактериологическим оружием, отморожения и т. д.) в результате воздействия поражающих средств противника или непосредственно в связи с выполнением боевой задачи...» [26].

Соответственно, термин «пораженный» чем-либо или как-либо применим к медико-санитарным последствиям ЧС природного и техногенного характера, а термин «раненый» ввиду наличия воздействия поражающих средств и враждебного умысла следует применять в ходе ликвидации ЧС социального характера (террористического акта).

Термин «пораженный» не вызывает у медицинских специалистов двойного толкования и прост в восприятии при проведении аварийно-спасательных и других неотложных работ по ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, в процессе организации взаимодействия представителей всех органов федеральной и исполнительной власти. При этом федеральное законодательство требует рассматривать каждого пораженного как пациента.

По мнению экспертов, наиболее значимым термином, который отражает практическую деятельность медицинских специалистов и позволяет им на должном уровне осваивать учебные программы подготовки кадров высшей квалификации в области «медицины катастроф», является термин «пораженный в ЧС» (4,1±0,96 балла) из энциклопедического словаря «Гражданская защита» [6, 7]. Рангом ниже (3,77±0,82 балла) определен термин «пациент» из ФЗ № 32 [12]. Учитывая балльную характеристику термина «раненые и больные» (3,63±0,93 балла), можно с уверенностью констатировать, что он (термин) весьма востребован в практической деятельности медицинских специалистов. Сравнение балльной характеристики остальных терминов, представленных на рисунке, свидетельствует о согласованности мнений экспертов ( $\chi^2=39,20228$   $p = 0,00002$ ,  $W=0,13067$ ).

Другими проблемными терминами выступают «медико-санитарное обеспечение», «лечебно-эвакуационное обеспечение», «медицинское обеспечение», характеризующие деятельность, непосредственно

выполняемую медицинскими силами и средствами.

Общим для этих терминов является понятие «обеспечение». В «Толковом словаре русского языка» под редакцией Д.В. Дмитриева [28] обеспечение рассматривается как процесс, при котором человек, организация, государство и т. д. предоставляет в достаточном количестве или гарантирует предоставление (обеспечение) кого-либо, чего-либо. В контексте исследования как нельзя лучше представляется функция государства по обеспечению защиты (в том числе и медицинской) граждан от различного вида угроз ЧС, в том числе силами и средствами министерств, агентств и служб всех уровней.

При сравнении терминов «медицинское обеспечение» либо «лечебно-эвакуационное обеспечение» необходимо отметить, что последний отражает функционирование современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

«Медицинское обеспечение» представляет собой более широкое и системное понятие, которое включает в себя все внутренние составляющие его подсистемы: лечебно-эвакуационные мероприятия; санитарно-противоэпидемическое (профилактическое) обеспечение; медицинскую защиту от оружия массового поражения и поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы; обеспечение медицинским имуществом и т. д., представляя собой комплекс мероприятий по предупреждению возникновения и распространения поражений, своевременному оказанию медицинской помощи, медицинской эвакуации, лечению и медицинской реабилитации пораженных в ЧС.

С учетом организации взаимодействия медицинских служб, сил и средств федеральных министерств, агентств и служб необходимо ориентироваться на федеральное законодательство, в частности на ФЗ № 323 [12], где словосочетание «медико-санитарное» используется многократно. В указанном федеральном законе контекст термина рассматривается как «медико-санитарная помощь», но не обеспечение [24]. В ст. 33 указаны условия оказания первичной медико-санитарной помощи: в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения. Одновременно установлен перечень субъектов оказания помощи: врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-специалисты, а также соответствующий средний медицинский персонал. Как видно, с термином «медицинское обеспечение» в контексте ликвидации медико-санитарных последствий ЧС связь весьма отдаленная... В ст. 37 «первичная медико-санитарная помощь» характеризуется как основной, доступный и бесплатный для каждого гражданина вид медицинской помощи и включает лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших

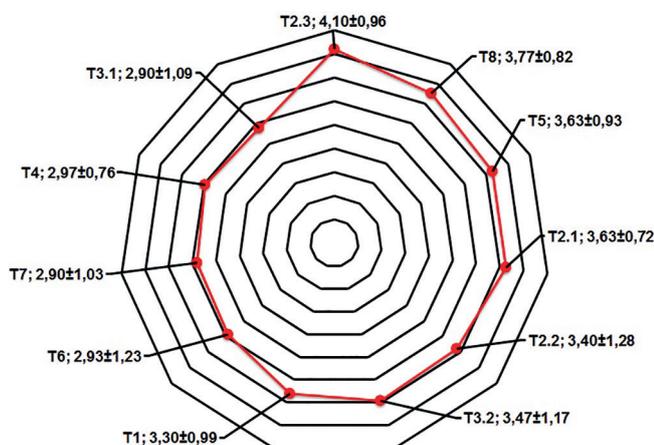


Рис. Экспертная оценка терминов «раненый», «больной», «пораженный», «пострадавший», «пациент»

заболеваний; санитарно-гигиеническое просвещение населения.

Непосредственная задача по организации и осуществлению медико-санитарного обеспечения населения в ходе ликвидации ЧС закреплена в ст. 1 постановления Правительства РФ от 08.11.2013 № 1007 «О силах и средствах единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» [19]. Термин «медико-санитарное обеспечение» часто встречается в федеральных законах, посвященных годовому бюджету страны, фигурирует и в других законодательных и нормативных правовых документах, но при этом не имеет четкого определения. Представляется целесообразным использовать данный термин в ходе планирования и организации взаимодействия медицинских служб, сил и средств федеральных министерств, агентств и служб со СМК Минобороны России, но с внутренним содержанием, присущим и устоявшимся в медицинской службе ВС РФ.

Термину «обеспечение» в современных словарях русского языка дается следующее толкование – «то, чем обеспечивают кого-нибудь или что-нибудь», а термину «обеспечить» – снабдить чем-нибудь в нужном количестве, сделать реально выполнимым, действительным.

В настоящее время термин «медицинское обеспечение» используют в уставных документах ВС РФ для обозначения практической деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья, предупреждение и лечение военнослужащих и прикреплённых контингентов в мирное и военное время.

В различных литературных источниках наполнение содержания термина «медицинское обеспечение» разное [33, 34]. На мирное время термин «медицинское обеспечение ВС РФ» трактуется как «система мер медицинского, научного, педагогического, воспитательного и административно-управленческого характера по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих и граждан, призванных на военные сборы»; на военное время – как «комплекс проводимых медицинской службой мероприятий, направленных на сохранение жизни, восстановление боеспособности и укрепление здоровья личного состава войск (сил), предупреждение возникновения и распространения заболеваний, своевременное оказание медицинской помощи и эвакуации раненых и больных, их лечение, медицинскую реабилитацию и быстрейшее возвращение в строй» [33, 34].

Следовательно, наиболее значимым термином, отражающим практическую деятельность медицинских специалистов и позволяющим им осваивать на должном уровне учебные программы подготовки кадров высшей квалификации в области «медицины катастроф», выступает термин «лечебно-эвакуационное обеспечение» (4,67±0,55 балла) из энциклопедического словаря «Гражданская защита» [6, 7]. Рангом ниже (4,2±1,1 балла) был определен термин «медицинское обеспечение» из словаря оперативно-стратегических

терминов Военной академии Генерального штаба ВС РФ [26]. Близкую балльную характеристику показали термины «лечебно-эвакуационное обеспечение» (4,17±0,91 балла) из «Энциклопедического словаря медицинских терминов» [35], и термин «медицинское обеспечение» из отчета о научно-исследовательской работе [19], посвященной военно-медицинским терминам (4±1,02 балла).

В связи с этим необходимо прийти к компромиссу в понимании специалистами федеральных министерств, агентств и служб, привлекаемых к ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, термина «медицинское обеспечение».

Предлагаем следующий вариант дефиниции: «Медицинское обеспечение войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС – комплекс согласованных и взаимосвязанных по цели, задачам, времени, привлекаемым силам и средствам организационных и специальных мероприятий по предупреждению возникновения и развития ранений, травм и заболеваний (поражений) среди личного состава войск (сил) и населения, своевременному оказанию медицинской помощи и лечению раненых, больных и пораженных, их медицинской эвакуации и медицинской реабилитации в условиях амбулаторий и стационаров, а также в медицинских формированиях СМК вне зависимости от принадлежности и форм собственности последних».

Анализ семантики терминов, характеризующих вид медицинской помощи, показал, что каждый из них представляет собой «комплекс» мероприятий, которые регламентированы, выполняются соответствующими специалистами при соблюдении ряда условий: место оказания, уровень подготовки медицинских кадров, лечебно-эвакуационная характеристика раненых, больных и пораженных. Поэтому, несмотря на разницу в подходах к функциональной (военно-медицинской) терминологии среди представителей различных федеральных органов исполнительной власти, смысловая нагрузка остается прежней, полученной на основе опыта отечественной военной медицины.

Терминология федеральных законодательных документов [12, 14, 15] несколько не затрудняет реализацию медицинскими силами и средствами практических мероприятий в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС и может быть рекомендована к использованию в процессе разработки положений современной военно-медицинской доктрины с оговоркой на условия функционирования медицинской службы – «...медицинское обеспечение войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС силами и средствами медицинской службы ВС РФ...».

Другим проблемным вопросом функционально-коммуникативной терминологии СМК Минобороны России является применение термина «медицинская помощь».

Согласно ФЗ № 323 [12], медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержа-

ние и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Действующие нормативные правовые документы по-разному трактуют понятие «медицинская помощь». Сопоставление этих определений наглядно демонстрирует, что они имеют различия не только в объеме, но и в содержании мероприятий [33, 34].

ФЗ № 323 [12] регламентирует оказание населению РФ следующих видов медицинской помощи: 1) первичной медико-санитарной помощи; 2) специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; 3) скорой, в том числе скорой специализированной; 4) паллиативной.

В контексте оказания соответствующего вида медицинской помощи пострадавшим в ходе ликвидации последствий ЧС относится лишь скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь. На основе опыта ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, а также опыта военной медицины и возможного применения сил и средств медицинской службы ВС РФ в ходе ликвидации крупномасштабных ЧС (особенно социального характера) можно заключить, что терминология, используемая в современной военно-медицинской доктрине, лучше отражает особенности оказания медицинской помощи пострадавшим в ходе ликвидации последствий ЧС, в том числе при проведении миротворческих и гуманитарных операций.

Вопрос о видах медицинской помощи, оказываемых пострадавшим в мирное время, медицинским сообществом ВС РФ никогда не выносился на обсуждение. Однако с выходом ФЗ № 323 [12] стало ясно, что концептуальные подходы представителей военного здравоохранения, касающиеся видов медицинской помощи, вошли в явное противоречие с положениями федерального здравоохранения [33, 34].

Для разрешения данного противоречия попытаемся провести системный анализ указанных понятий и их взаимосвязей, чтобы определиться с вопросом – возможно ли и нужно ли применять понятия видов медицинской помощи в трактовке ФЗ № 323 [12] в системе СМК России и военного здравоохранения в условиях повседневной деятельности войск (сил) и в ходе ликвидации последствий ЧС.

Согласно документам, регламентирующим деятельность медицинской службы ВС РФ и организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил) на военное время и в ЧС, выделяют следующие виды медицинской помощи: первая, доврачебная (фельдшерская), первая врачебная, квалифицированная и специализированная медицинская помощь, медицинская реабилитация [2]. Первые четыре из них в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС предназначены для выполнения следующих задач:

1) устранение явлений, угрожающих жизни раненого, больного и пораженного в данный момент;

2) проведение мероприятий, устраняющих и снижающих возможность возникновения (развития) тяжелых осложнений;

3) выполнение мероприятий, обеспечивающих эвакуацию раненых, больных и пораженных без существенного ухудшения их состояния.

В ходе ликвидации медико-санитарных последствий в очаге/зоне ЧС не совсем этично и уместно употребление термина «медицинские услуги», особенно при проведении данных мероприятий силами и средствами медицинской службы ВС РФ. В ЧС, когда условия повседневной жизнедеятельности (мирного времени) нивелированы, целесообразно употребление сугубо военно-медицинского, обусловленного многовековым опытом отечественных военных врачей и ученых термина «организация медицинского обеспечения» – вида медицинской деятельности, не предусмотренного положениями ФЗ № 323 [12].

Совершенное взаимопонимание имеет место у представителей медицинских служб федеральных министерств, агентств и служб в отношении понятия «первая помощь».

В настоящее время оказание первой помощи регламентировано частью 1 ст. 31 ФЗ № 323: «Первая помощь оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью. Первую помощь оказывают лица, имеющие соответствующую подготовку, в том числе сотрудники органов внутренних дел РФ, сотрудники, военнослужащие и работники Государственной противопожарной службы, спасатели аварийно-спасательных служб» [12].

Содержание мероприятий первой помощи регламентировано приказом Минздрава России от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» [14].

В современных ЧС оказание первой помощи пострадавшим в порядке само- и взаимопомощи является одним из основных путей, обеспечивающих спасение жизни большинства пораженных [25].

В догоспитальный период первичную медико-санитарную помощь и/или скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь пораженным в ЧС оказывает персонал выездных бригад скорой медицинской помощи (фельдшерских, врачебных) [15], медицинские специалисты нештатных формирований медицинских организаций Минздрава России, личный состав и медицинский персонал воинских частей и подразделений Минобороны России и МВД России, спасательных воинских формирований МЧС России, а также других министерств, агентств и служб силового блока России.

Основными действующими (на момент проведения исследования) нормативными правовыми документами, регламентирующими оказание первой помощи в ВС РФ, являются «Наставление по оказанию первой помощи раненым и больным» [11], «Указания по военно-полевой хирургии» [30] и «Указания по военно-полевой терапии» [30].

В приказе Минздрава России № 477н [21] не отражены следующие мероприятия первой помощи,

которые представлены в «Указаниях ...» Минобороны России:

- применение противорвотных и обезболивающих средств из комплектно-табельного оснащения;
- применение (по команде) антибиотиков с целью экстренной профилактики поражений биологическим оружием из комплектно-табельного оснащения;
- применение (по команде) радиопротекторов с целью экстренной профилактики радиационного поражения из комплектно-табельного оснащения;
- обезболивание (внутримышечное введение анальгетика);
- профилактика раневой инфекции (приём внутрь таблетированного антибиотика) [29, 30].

При этом известно, что приказом Минздрава России от 15.02.2013 № 70н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями комплекта индивидуального медицинского гражданской защиты для оказания первичной медико-санитарной помощи и первой помощи» [16] регламентировано содержимое комплекта индивидуального медицинского гражданской защиты, который позволяет оказывать помощь в зонах возможного химического загрязнения (заражения) фосфорсодержащими органическими соединениями, включая отравляющие вещества; радиоактивного загрязнения (заражения); биологического загрязнения (заражения); возникновения пожаров.

Возникает резонный вопрос о необходимости соблюдения единых требований к содержанию мероприятий первой помощи, для чего следует привести к единому знаменателю нормативные правовые документы, ее регламентирующие.

Оказание медицинской помощи пораженным в госпитальный период осуществляют соответствующие медицинские специалисты медицинских организаций Минздрава России, Минобороны России, МВД России, МЧС России, ФМБА и др., привлекаемых для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

В госпитальный период пораженным в ЧС оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационаре (развернутом в полевых условиях мобильном медицинском формировании (отряде, госпитале) и организации Всероссийской службы медицины катастроф, в больнице, стационарном военном госпитале, т.е. в условиях, обеспечивающих круглосуточное оказание медицинской помощи и лечение, мониторинг состояния пострадавших в ЧС. Медицинская помощь пострадавшим, оказываемая в экстренной форме, в условиях ЧС является основной [23].

Виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в ходе выполнения всего комплекса мероприятий лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил) в условиях ЧС социального характера, утверждены на XXXVI пленуме ученого совета при начальнике Главного военно-медицинского управления Минобороны России (ноябрь 1996 г.). С учетом обстановки, складывающейся в зоне ЧС социального

характера, и положений единой военно-медицинской доктрины специалистам медицинской службы ВС РФ следует придерживаться устоявшейся терминологии.

Поскольку в госпитальный период *a priori* имеет место оказание пострадавшим специализированной медицинской помощи, то на основании устоявшихся теоретических положений понятия данного вида помощи она (специализированная медицинская помощь) включает в себя наличие трех обязательных компонентов: сложных (высокотехнологичных) методов диагностики и лечения; подготовленных врачей-специалистов; военно-медицинских организаций, оснащенных соответствующей медицинской техникой и оборудованием.

Под специализированной медицинской помощью понимают «комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, проводимых в отношении раненых, больных, пораженных (пострадавших) с применением сложных методик, с использованием специального оборудования и оснащения в соответствии с характером, профилем и тяжестью ранения, поражения, заболевания» [12].

Оказание специализированной медицинской помощи пораженным в ЧС во многом определяется структурой поражений; величиной и структурой санитарных потерь и входящего в медицинскую организацию потока раненых, больных и пораженных; уровнем развития медицинской науки.

ФЗ № 323 [12] определяет, что «специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий». В системе Минздрава России данное понятие непосредственно связано прежде всего с использованием в процессе оказания медицинской помощи и лечения пациентов современных медицинских технологий и с высокой стоимостью медицинских услуг.

Основными тенденциями в развитии специализированной медицинской помощи являются дифференциация и интеграция медицинских специальностей, стандартизация видов специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи, эшелонирование (многоуровневость), дальнейшее развитие микрохирургических, эндовидеохирургических и малоинвазивных технологий [8, 21].

Глубокая дифференциация («узкая» специализация) и интеграция являются объективными процессами, характерными для всех отраслей науки, в том числе для гражданской и военной медицины. Так, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в РФ включает следующие виды: абдоминальная хирургия, акушерство и гинекология, гематология, комбустиология, нейрохирургия, онкология, оториноларингология, офтальмология, педиатрия, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансплантация органов и тканей, урология, челюстно-лицевая хирургия, эндокринология, детская хирургия в период новорожденности, неонатология, гастроэнтерология, дерматовенерология, ревматология [9]. В соответствии с положениями

постановления Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов» [17] в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, входят 54 вида, а в перечень ... не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования – 68.

Глубокая дифференциация видов специализированной медицинской помощи связана не только с выделением профильных контингентов пострадавших, но и с проникновением в практическую медицину новых высоких технологий диагностики и лечения. Именно таким образом появились эндоскопические специальности, выполняются малоинвазивные оперативные вмешательства, например в абдоминальной и торакальной хирургии, травматологии и проч.

Данная закономерность присуща и медицине катастроф.

Интеграция медицинских специальностей в гражданской и военной сферах также происходит по сходным механизмам.

Во-первых, она проявляется в специализации медицинских организаций гражданского и военного здравоохранения. Поэтому сегодня уже невозможно оказание, например, специализированной нейрохирургической помощи пострадавшим, в том числе и при ЧС, без организации работы мультидисциплинарных бригад, способных обеспечить одновременное оказание специализированной нейрохирургической, челюстно-лицевой, отоларингологической и офтальмологической помощи.

Во-вторых, особенности патологии объединяют медицинские специальности между собой, создавая новые: онкогинекология, онкоурология, онкогематология, фтизиопульмонология и торакальная хирургия, трансплантология и сердечно-сосудистая хирургия, трансплантационная иммунология и иммуносупрессия и др.

Процесс интеграции гражданского и военного здравоохранения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС реализуется путем создания единой системы организации оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим при ЧС, а также единым пониманием стандартов и порядков оказания медицинской помощи. В случае невозможности выработки единого подхода инструментом «примирения» могут стать клинические рекомендации.

Вопросы стандартизации в гражданском и военном здравоохранении в последние годы интенсивно разрабатываются [1, 4]. Понятие «стандарт» применительно к медицинским услугам введено в РФ в 1991 г. с принятием первых нормативных правовых актов в сфере медицинского страхования, в которых одним из показателей оценки качества медицинских услуг должно было стать выполнение стандартов.

Несмотря на выход законодательных документов – актов Президента России, законодательных и нормативных правовых актов Минздрава России,

направленных на создание системы медицинских стандартов (нормативов) оказания медицинской помощи населению РФ, первые проекты стандартов появились лишь в 1998 г. и в настоящее время продолжают активно разрабатываться (совместно с порядками их оказания).

Термин «стандартизация» определяют как деятельность по установлению правил и характеристик в целях их добровольного многократного использования, направленную на достижение упорядоченности в сферах производства и обращения продукции и повышение конкурентоспособности продукции, работ или услуг.

Стандартизация специализированной медицинской помощи в системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС представляет собой деятельность по установлению правил и характеристик проведения медицинской сортировки, диагностики, оказания медицинской помощи и лечения, медицинской реабилитации пострадавших в определенных (ориентированных) для этого военно-медицинских организациях, формированиях и организациях СМК России с целью многократного их использования в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Несмотря на кажущиеся противоречия в вопросах стандартизации в гражданском и военном здравоохранении, данный процесс в отрасли «медицины катастроф» происходит по сходным механизмам и направлен на:

- 1) нормативное обеспечение реализации законов в сфере здравоохранения;
- 2) создание единой системы оценки показателей качества и экономических характеристик мероприятий медицинской помощи, установление научно обоснованных требований к её номенклатуре, объему и качеству, обеспечение взаимодействия между субъектами, участвующими в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- 3) установление требований к условиям оказания медицинской помощи, эффективности, безопасности, совместимости и взаимозаменяемости процессов, оборудования, инструментов, материалов, медикаментов и других компонентов;
- 4) установление единых требований к лицензированию и аккредитации медицинских организаций, подготовке, сертификации и аккредитации специалистов;
- 5) нормативное обеспечение сертификации и оценки качества медицинских услуг;
- 6) создание и обеспечение функционирования систем классификации, кодирования и каталогизации;
- 7) обеспечение надзора и контроля за соблюдением требований нормативных документов.

В целом в сфере стандартизации мероприятий медицинской помощи еще много нерешенных вопросов, причем большинство из них связаны с материальным и финансовым обеспечением выполнения стандартов.

Высокие технологии оказания медицинской помощи и лечения раненых, больных и пораженных, основанные на микрохирургической и эндовидеохирургической

технике, были апробированы и показали свою высокую эффективность в ходе контртеррористической операции на Северном Кавказе (1999–2000). Некоторые из них выполнимы в полевых условиях (лапароскопические методы диагностики и лечения повреждений внутренних органов при комбинированных механотермических поражениях), другие только в стационаре (витреоретинальная хирургия при открытой травме глаза).

Таким образом, состояние подсистемы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пострадавшим в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС напрямую отражает уровень развития современных медицинских технологий и организационных форм здравоохранения в стране.

Системный и процессный подходы, использованные для изучения организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при ЧС, позволяют выработать практические рекомендации по её планированию.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники [9, 12, 31].

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова была включена в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь гражданам РФ за счет средств федерального бюджета с 2014 г. С 2015 г. в данный перечень вошли 3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого, 1472-й Военно-морской клинический госпиталь, а с 2019 г. – Главный военный клинический госпиталь им. академика Н.Н. Бурденко, 1409-й Военно-морской клинический госпиталь и Лечебно-реабилитационный клинический центр Минобороны России. Высокотехнологичная медицинская помощь в них осуществляется по следующим профилям: абдоминальная хирургия, комбустиология, нейрохирургия, офтальмология, оториноларингология, онкология, сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, травматология и ортопедия, трансплантология, урология [9, 31]. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи пораженным в ЧС носит практический характер, так как вышеуказанные военно-медицинские организации входят в состав СМК Минобороны России [13].

**Заключение.** Организация системы медицинского обеспечения пораженных в ЧС с учетом требований действующего законодательства в области здравоохранения РФ всецело зависит от единого понимания медицинским персоналом времени и места оказания медицинской помощи, а также применяемых меди-

цинских технологий диагностики, оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации.

Проведенные анализ и оценка использования военно-медицинской терминологии врачами-специалистами СМК России позволили сформулировать предложения по уточнению её применения, основанные на общих принципах и понятиях системы медицинского обеспечения войск (сил) и населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Специалистам Минздрава России, Минобороны России, МВД России, МЧС России, ФМБА и др. в своей законодательной, управленческой, педагогической и практической деятельности в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС следует применять единые, устоявшиеся, наиболее понятные и часто употребляемые медицинские термины.

### Литература

1. Бальчевский, В.В. Правовые условия и методы использования стандартизации для управления качеством в здравоохранении на современном этапе / В.В. Бальчевский // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2005. – № 8. – С. 3–9.
2. Белов, В.Л. Догоспитальная неотложная медицинская помощь и интенсивная терапия раненых в годы боевых действий в Афганистане / В.Л. Белов, В.Г. Пасько // Медицина катастроф. – 1998. – № 1 (21–22). – С. 18–21.
3. Военный энциклопедический словарь / под ред. Н.В. Огаркова. – М.: Воениздат, 1983. – 863 с.
4. Воробьев, П.А. Стандартизация в здравоохранении на современном этапе / П.А. Воробьев, А.И. Вялков, В.В. Бальчевский // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 5. – С. 3–9.
5. ГОСТ Р 22.3.02-94. Безопасность в чрезвычайных ситуациях. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения. Общие требования. – Введ. 1996-01-01. – М.: Изд-во стандартов, 1995. – 10 с.
6. Гражданская защита: энциклопедия / под общ. ред. С.К. Шойгу. – М.: Деловой экспресс, 2007. – Т. 1. – 551 с.
7. Гражданская защита: энциклопедия / под общ. ред. С.К. Шойгу. – М.: Деловой экспресс, 2007. – Т. 3. – 544 с.
8. Ерюхин, И.А. Терминология и определение основных понятий в хирургии повреждений / И.А. Ерюхин, Е.К. Гуманенко // Вестн. хирургии. – 1991. – Т. 146, № 1. – С. 55–59.
9. Исследование по созданию регистра высокотехнологичной медицинской помощи в Министерстве обороны Российской Федерации: отчет о НИР (заключит.) / Воен.-мед. акад.; науч. рук. О.А. Нагибович; отв. исп. Г.Г. Загородников. – СПб., 2016. – 178 с.
10. Мишина, Н.А. Массовая травма и психическое здоровье / Н.А. Мишина // Медицина катастроф. – 2000. – № 4. – С. 2–4.
11. Наставление по оказанию первой помощи раненым и больным. – СПб.: ВМА, 2000. – 69 с.
12. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федер. закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Росс. газ. – 2011. – № 263. – 23 нояб.
13. Об утверждении Положения о Службе медицины катастроф Министерства обороны Российской Федерации: приказ Минобороны РФ от 30.12.2017. № 844. – М.: Воениздат, 2018. – 12 с.
14. Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н // Росс. газ. – 2012. – № 5788. – 23 мая.
15. Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи:

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.06.2013 № 388н // Росс. газета. – 2013. – № 197/1. – 05 сент.
16. Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями комплекта индивидуального медицинского гражданской защиты для оказания первичной медико-санитарной помощи и первой помощи: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.02.2013 № 70н // Росс. газета. – 2013. – № 97. – 08 мая.
  17. Постановление Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» // Собр. закон. – 2018. – № 51. – 23 с.
  18. Организация и тактика медицинской службы: учебник / под ред. И.М. Чиж. – СПб.: Фолиант, 2005. – 505 с.
  19. Постановление Правительства Российской Федерации от 08.11.2013 № 1007 «О силах и средствах единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций» // Собр. закон. – 2013. – № 46. – 11 с.
  20. Отчет о научно-исследовательской работе по теме «Терминологический словарь «Военная экономика и тыловое обеспечение войск (сил). Военно-медицинские термины» / Воен.-мед. акад.; науч. рук. А.М. Шелепов. – СПб., 2003. – 215 с.
  21. Полесский, В.А. Концепция организации работ по проектированию федеральной целевой программы в здравоохранении / В.А. Полесский, С.А. Мартынич // Главврач. – 2008. – № 3. – С. 7–16.
  22. Решетников, Е.В. Некоторые аспекты терминологии и методологии медицины катастроф / Е.В. Решетников, В.В. Абушинов // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 10. – С. 13–16.
  23. Рогов, В.В. Бригады интенсивной терапии как перспективы совершенствования качества оказания экстренной медицинской помощи / В.В. Рогов, В.И. Глебов, Г.И. Большова // Стандарты оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: сб. науч. тр. – Вологда, 1996. – С. 59–61.
  24. Романовский, Г.Б. Понятие первичной медико-санитарной помощи в российском законодательстве / Г.Б. Романовский // Мед. право. – 2011. – № 6. – С. 7–13.
  25. Сахно, И.И. Пути совершенствования подготовки населения к оказанию первой медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях / И.И. Сахно, В.А. Жукова, А.В. Воропай // Воен.-мед. журн. – 2003. – Т. 324, № 6. – С. 24–29.
  26. Словарь оперативно-стратегических терминов: военно-энциклопедический труд. – М.: ВАГШ ВС РФ, 2012. – Ч. 1. – 226 с. – Ч. 2. – 322 с.
  27. Современный толковый словарь русского языка. – СПб.: Норинт, 2000. – 1536 с.
  28. Толковый словарь русского языка / под общ. ред. Д.В. Дмитриева. – М.: Астрель: АСТ, 2003. – 1578 с.
  29. Указания по военно-полевой хирургии. – 8-е изд., перераб. – М.: ГВМУ МО РФ, 2013. – 474 с.
  30. Указания по военно-полевой терапии. – СПб.: Медиздат-СПб, 2019. – 464 с.
  31. Фисун, А.Я. Высокотехнологичная медицинская помощь: современное состояние и перспективы развития в лечебных организациях Министерства обороны / А.Я. Фисун [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2014. – № 2. – С. 4–10.
  32. Шамрей, В.К. Оказание психиатрической помощи при ЧС: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.К. Шамрей. – СПб., 2000. – С. 9–15.
  33. Шелепов, А.М. Медицинская помощь в гражданском и военном здравоохранении: терминологические проблемы и пути решения / А.М. Шелепов, В.В. Тыц // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2014. – № 2. – С. 185–191.
  34. Шелепов, А.М. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и проблемы, связанные с его реализацией в Вооруженных Силах / А.М. Шелепов, В.В. Тыц // Вестн. Росс. воен.-мед. акад. – 2012. – № 3. – С. 236–243.
  35. Энциклопедический словарь медицинских терминов / гл. ред. Б.В. Петровский. – М.: Сов. энциклопедия, 1982–1984. – Т. 1. – 464 с. – Т. 3. – 1591 с.

R.N. Lemeshkin, P.K. Kotenko, I.F. Savchenko, G.V. Kosyakov,  
V.A. Blinov, A.V. Sinkievich, A.V. Stepanov, D.A. Chepurnenko, A.G. Klimzov

### Problematic use issues military medical terminology in the disaster medicine service ministry of defense of the Russian Federation

**Abstract.** The health care of the Russian Federation and its medicine of accidents industry were undergoing systemic changes that required, inter alia, reappraisal of approaches to the work of specialist doctors in federal ministries, agencies and services in the implementation of joint activities during the elimination of medical and sanitary consequences of emergencies of various genesis. It is noted that during interpersonal communication, medical specialists often encounter various understandings and paths of special professional terms, which often leads to a decrease in the quality of organization of interaction and management. A particular feature of the use of military-medical terminology in the Disaster Medicine Service of the Russian Federation was its mixing with the terminological definitions of specialists from other federal ministries, agencies and services, which in some cases significantly complicates management communication. A scientific search has been carried out using content analysis, rank-based dispersion analysis of data, sociological and linguistic analysis to study the most used terms that characterize such concepts as «wounded», «sick» and «affected», «injured», «patient», «medical and sanitary care», «treatment and evacuation support», «medical care», and terms characterizing types of care. The most significant, according to experts, terms that reflect the practical activities of medical specialists and allow them to master at the proper level the training programs for personnel of higher qualifications in the field of «disaster medicine» were the terms «affected in an emergency», «patient» (3,77±0,82 points), as well as «treatment and evacuation support» (4,67±0,55 points) and «medical support» (4,2±1,1 points). Meaningful terminological contradictions that can lead to a violation of organizational integrity are also identified of the system of medical and evacuation support of troops (forces) and the population during the elimination of medical and sanitary consequences of emergency situations by the forces and means of the medical service of the Armed Forces of the Russian Federation as not always reflecting the specific conditions of activity and organization of interaction of medical specialists of federal ministries, agencies and services. All this requires harmonization (bringing to a common understanding) of the relevant terminology for the application of military-medical terminology in the Disaster Medicine Service of the Russian Federation.

**Key words:** emergency situation, military-medical terminology, Medical Disaster Service, networking, medical support, medical evacuation support, medical assistance, the wounded, the sick and the affected.

Контактный телефон: 8 (812) 292-34-47; e-mail: vmeda-nio@mil.ru