

## ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-САНИТАРНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЙНАХ И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Механтьева Л.Е., Киселев С.В.*

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко,  
Россия, Воронеж*

*В статье рассматривается ряд вопросов, касающихся медико-санитарного обеспечения при различных чрезвычайных ситуациях военного характера в историческом контексте.*

**Ключевые слова:** *медико-санитарное обеспечение; война; вооруженный конфликт.*

## FEATURES OF MEDICAL AND SANITARY PROVISION IN VARIOUS WARS AND ARMED CONFLICTS (LITERATURE REVIEW)

*Mehantieva L.E., Kiselev S.V.*

*N.N. Burdenko Voronezh State Medical University,  
Russia, Voronezh*

*The article discusses a number of issues related to health care in various military emergencies in a historical context.*

**Keywords:** *health care; war; armed conflict.*

В условиях роста терроризма требуется формирование определенного подхода как к специальным силам и средствам отечественного здравоохранения, так и к службам иных ведомств, привлекаемых к ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (ЧС), и том числе и медицинского характера, с использованием особых форм и методов работы. По мнению ряда отечественных авторов, рассматривая вопросы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ходе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, признанных террористическими актами, следует помнить о проблемах технологического риска [1, 2]. В этой связи, по мнению ряда ученых, основные проблемы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, обеспечение медицинской эвакуации пострадавших в профильные лечебные отделения медицинских организаций для оказания адекватной медицинской помощи ложатся на медицинские формирования территориального, местного и объектового уровней Всероссийской службы медицины катастроф [3]. Следует учитывать и тот факт, что исходя из сложившейся в стране системы, оказание медико-санитарной помощи пострадавшим в ЧС строится на различных уровнях. Основная тяжесть проводимых мероприятий, в зависимости от объекта террористического

воздействия (жилой дом, производственно-технический комплекс и т. д.), приходится на специалистов объектового, местного) и территориального уровней:

- 1) дежурные бригады ближайших станций скорой медицинской помощи;
- 2) бригады экстренного реагирования;
- 3) бригады специализированной медицинской помощи постоянной готовности территориальной службы медицины катастроф.

Цель исследования – на основе изучения и анализа методических подходов к оценке структуры санитарных потерь, летальности, сроков оказания помощи в различных войнах и вооруженных конфликтах, сформировать предложения по дальнейшему совершенствованию указанных методических подходов; дать оценку времени поступления раненых с боевой травмой в медицинские организации в регионе проведения специальной операции.

В качестве материалов исследования послужили нормативные и методические документы, регламентирующие порядок оценки санитарных потерь, летальности, сроков оказания помощи; научные работы и публикации, посвященные методикам оценки тяжести последствий при вооруженных конфликтах из Военно-медицинского журнала.

При выполнении исследований применялись следующие научные методы: метод экспертной оценки, аналитический и статистический методы.

Результаты исследования показали, что в локальных войнах и вооруженных конфликтах сохраняется закономерность, характерная для широкомасштабной войны: чем лучше оказывается догоспитальная медицинская помощь и чем быстрее осуществляется эвакуация раненых, тем больше возрастает доля санитарных потерь за счет тяжелораненого контингента (в противном случае увеличивается доля погибших на месте получения военными боевыми повреждениями). При этом структура входящего потока раненых в локальных войнах и в современном вооруженном конфликте может быть представлена следующим образом: 30% раненых имеют поверхностные повреждения мягких тканей, 8% – ранения кисти и стопы, у 20% отмечаются обширные ранения мягких тканей и ожоги, у 20% раненых имеются переломы костей, до 6% раненых нуждаются в оперативных вмешательствах по поводу проникающих ранений груди (5% – торакоцентез, 1% – торакотомия), 5% – в лапаротомии, 3% – в восстановлении магистральных сосудов, 3% – в ампутации конечностей, 1% – в диагностической ревизии, 4% – в сочетании нескольких больших операций, а около 5% раненых нуждаются в оказании помощи узкими специалистами (офтальмолог, челюстно-лицевой хирург и ЛОР-специалист). Для оказания исчерпывающей квалифицированной и специализированной хирургической помощи раненым в ходе боевых действий в Республике Афганистан и на Северном Кавказе использовался стандартный набор медицинских организаций, способных оказывать данные виды медицинской помощи. Однако одинаковых и похожих локальных войн, и вооруженных конфликтов не бывает.

В частности, в ходе войны во Вьетнаме (1964-1973 гг.) вьетнамской стороной была разработана система оказания медицинской помощи раненым, в основу которой были положены принципы постоянной готовности, региональной автономности и технического усиления из центра сил, и средств военно-медицинской службы и гражданских органов здравоохранения [4]. Авторы подчеркивают, что регионы и особые районы ответственности создавались не по причине территориально-административного или географического деления, а по оборонной важности тех или иных объектов.

Авторами отмечалось, что медицинская служба регулярных воинских частей сохраняла свою организационно-штатную структуру, а при проведении боевых операций действия медицинских учреждений армии и гражданского здравоохранения координировались. Первая помощь оказывалась в порядке самопомощи и взаимопомощи санитарными инструкторами рот, а доврачебная и первая врачебная помощь – фельдшерами и врачами, квалифицированную хирургическую медицинскую помощь оказывал врачебный состав подвижных хирургических бригад, хирурги госпиталей и медицинских учреждений национального тыла.

В вооруженных силах Соединенных Штатов Америки (далее - ВС США) после завершения боевых операций во Вьетнаме и Ираке был проведен всесторонний анализ оказания медицинской помощи раненым хирургического профиля и внесены изменения в документы войскового звена: боевые (полевые) уставы медицинской службы бригады и дивизии, в задачи и организацию работы центра управления медицинской службой дивизии, медицинской роты, в тактику использования передовых хирургических групп [5]. Так, в систему этапного лечения раненых ВС США были введены передовые хирургические группы (ПХГ), которые прикреплялись при ведении боевых действий к медицинским ротам бригад, оказывающим первую врачебную помощь.

В локальных войнах и вооруженных конфликтах последних десятилетий XX века и начала XXI века величина санитарных потерь хирургического профиля значительно ниже, чем в крупномасштабной войне. Тем не менее, ряд специалистов по военной медицине считают, что в подготовительный период необходимо уделять внимание организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск в целом, а также отдельных частей и подразделений [6]. Данные авторы предлагают рассматривать подготовительный период как самостоятельный период войны. Из опыта медицинского обеспечения многонациональных сил в Персидском заливе известно, что к февралю 1991 года накануне воздушно-наземного этапа операции «Буря в пустыне» (24-28 февраля 1991 года), медицинской службой ВС США было развернуто 68 госпиталей общей численностью 18 тысяч коек. При планировании операции предусматривались безвозвратные потери в пределах 10 тысяч, а санитарные потери – 35 тысяч военнослужащих, однако при длительности операции 41 день число убитых составило 300 человек, пропавших без вести – 50, и 300 военнослужащих с боевыми повреждениями. В ходе активных боевых действий

в Ираке (март-апрель 2003 года) поступление раненых в хирургические подразделения морской пехоты США не превышало 15-17 человек в сутки.

Во время боевых действий в Республике Афганистан (1979–1989) и в ходе проведения контртеррористической операции (КТО) на Северном Кавказе (1994-1996 г., 1999-2002 г.) для оказания хирургической помощи за сутки поступало от 50 до 100 раненых. Зависимость форм и методов медицинского обеспечения войск от стратегии и тактики их применения наглядно демонстрирует опыт проведения КТО в Чеченской республике, которая имела следующие конкретные особенности:

1. Применение соединений, частей и подразделений Вооруженных сил Российской Федерации, Внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации, сил и средств федеральной службы безопасности.

2. Проведение специальной операции на территории одной из республик Российской Федерации.

3. Применение преимущественно маневренных форм и способов вооруженной борьбы (группами на изолированных направлениях).

4. Ведение боевых действий в условиях города и населенных пунктах с применением современных средств вооружения и снайперов.

5. Климатогеографические особенности региона, сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка, недружественный контакт и особый характер взаимоотношений с местным населением.

Организация медицинского обеспечения в этих условиях имела свои особенности:

1. В каждую штурмовую группу (рота) включались врач (фельдшер), 2 санитарных инструктора, одна единица бронированной техники для эвакуации раненых в укрытие (гнезда раненых).

2. В состав штурмового отряда (батальон) включались врач, фельдшер, 4 санитарных инструктора, санитарный автомобильный транспорт, 3 единицы бронированной техники для эвакуации раненых из укрытий штурмовых групп.

3. Медицинские пункты частей усиливались хирургами и анестезиологами, для чего использовались прежде всего силы и средства отдельных медицинских батальонов и аэромобильных госпиталей, которые в данной обстановке в полном составе не развертывались.

4. Для оказания квалифицированной медицинской помощи раненым и больным использовались отдельные медицинские отряды специального назначения (ОМОСН), способные к перемещению непосредственно за боевыми порядками войск и проведению маневра в зависимости от обстановки.

5. Специализированная медицинская помощь в установленном объеме была организована на базе ОМОСН и военного госпиталя, которые были усилены группами врачей-специалистов.

6. Для эвакуации раненых в медицинских пунктах (МП) рот и далее ОМОСН использовалась бронированная техника, а на участке эвакуации МП-ОМОСН - и штатные автомобильные транспортные средства.

7. Эвакуация раненых и больных для оказания специализированной помощи в зоне конфликта и во внутренние районы страны обеспечивалась авиационным транспортом.

Для медицинского обеспечения объединенной группировки войск (ОГВ) в Чеченской республике была создана группировка сил и средств медицинской службы, которая включала 28 медицинских частей и учреждений, в том числе 4 ОМОСН, 17 медицинских рот и медицинских пунктов сводных частей. Особенностью организации хирургической помощи стало использование в боевых условиях ОМОСН, которые оказывали в основном КХП, а их развертывание в непосредственной близости от боевых порядков позволило обеспечить оказание данного вида помощи в ранние сроки (в течении первых 2 часов после получения ранения было доставлено 64% раненых). Наиболее благоприятные условия для работы складывались при развертывании отрядов на базе гражданских медицинских организаций и при объеме хирургических мероприятий в рамках неотложных и срочных вмешательств.

Специализированная хирургическая помощь (СХП) оказывалась в медицинских организациях, расположенных в три эшелона:

первый эшелон – 1 ОМОСН и 2 военных госпиталя;

второй эшелон – окружные и гарнизонные госпитали в различных регионах страны;

третий эшелон – главные и центральные военные госпитали, а также Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (г. Санкт-Петербург).

По мнению ряда авторов, идея оказания помощи раненым в пределах театра военных действий получила развитие в ходе боевых действий в Республике Афганистан, а реализована на практике в ходе проведения КТО на Северном Кавказе [9, 10]. По мнению большинства авторов, при организации медицинского обеспечения вооруженного конфликта любой интенсивности необходимо предусматривать в системе медицинского обеспечения наличие всех этапов медицинской эвакуации [11, 12]. Вместе с тем, просматривается стремление к максимальному сокращению их числа с учетом не только оперативной и медико-тактической обстановки, но и локализации и тяжести ранения военнослужащих.

Таким образом, при современном уровне развития теории и практики здравоохранения снижения летальности пострадавших в подобных ЧС возможно добиться путем совершенствования медицинской помощи, оказываемой на месте, с последующей эвакуацией в медицинские организации для оказания исчерпывающей хирургической и реаниматологической помощи. В этом случае объем оказываемой медицинской помощи на месте получения должен ограничиваться первой помощью (доврачебной) и неотложной врачебной помощью. Основные мероприятия должны быть направлены на спасение жизни людей и предупреждение развития у них тяжелых осложнений.

### Список литературы

1. Гончаров, С.Ф. Организация и оказание медицинской помощи населению (по опыту работы в г. Буденовске) / С.Ф. Гончаров, И. А. Смирнов, В.А. Бессонов // Медицина катастроф. – 1995. – № 3-4 (11-12). – С. 20-24.1.
2. Костомарова, Л.Г. Территориальная служба медицины катастроф / Л.Г. Костомарова, Л.Л. Стажадзе. – Москва: Аякс, 2001. – 223 с.
2. Смирнов, И.А. Медицинское обеспечение населения, пострадавшего от террористических актов / И.А. Смирнов // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 2. – С. 12-17.
3. Нян, Н.В. Особенности оказания квалифицированной хирургической и специализированной медицинской помощи в период войны во Вьетнаме / Н.В. Нян, А.И. Грицанов, А.К. Ревский // Военно-медицинский журнал. – 1992. – № 3. – С. 14-16.
4. Шелепов, Л.М. Новые возможности в медицинском обеспечении дивизии США / А.М. Шелепов, А.Д. Васильченко, И.Т. Русев // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 7. – С. 69-72.
5. Чиж, И.М. Организационные основы построения современной системы медицинского обеспечения вооруженных сил / И.М. Чиж // Военно-медицинский журнал. – 1996. – № 1. – С. 4-20.
6. Чиж, И.М. Итоги деятельности и задачи медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации / И.М. Чиж // Военно-медицинский журнал. – 2003. – Т. 324, № 1. – С. 4-19.
7. Синопальников, И.В. Санитарные потери Советских войск во время войны в Афганистане (сообщение второе) / И.В. Синопальников // Военно-медицинский журнал. – 2000. – Т. 321, № 3. – С. 4-9.
8. Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования / Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов // Военно-медицинский журнал. – 2000. – Т. 321, №2. – С. 31-35.
9. Гуманенко, Е.К. К вопросу об организации хирургической помощи раненым с огнестрельной травмой в современных вооруженных конфликтах / Е.К. Гуманенко // Современная огнестрельная травма : материалы Всероссийской научной конференции. – Санкт-Петербург, 1998. – С. 17-18.
10. Немьтин, Ю.В. Оптимизация хирургической помощи раненым в условиях локального военного конфликта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.В. Немьтин. – Москва, 1993. – 23 с.
11. Фокан, Ю.Н. Основные направления совершенствования квалифицированной и неотложной специализированной помощи в вооруженном конфликте: дис. д-ра мед. наук / Ю.Н. Фокан. – Москва, 2001. – С. 271.