

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2025.2.137>О. С. Ахмедов¹, Д. Ш. Дададжанов¹, О. С. Ишутин²

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОРГАНИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК В МИРНОЕ И ВОЕННОЕ ВРЕМЯ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ

*Военно-медицинская Академия Вооруженных Сил Республики Узбекистан¹
УО «Белорусский государственный медицинский университет»²*

В статье изложены современные взгляды на организацию медицинского обеспечения войск (сил) в мирное и военное время и критерии оценки её эффективности на основе анализа деятельности служб медицинского обеспечения в мирное и военное время с учетом требований нормативно-правовых актов Республики Узбекистан.

Ключевые слова: вооруженный конфликт, боевые действия войск, служба медицинского обеспечения, военно-медицинские специалисты, Республика Узбекистан.

O. S. Akhmedov, D. S. Dadajanov, O. S. Ishutin

MODERN VIEWS ON THE ORGANIZATION OF MEDICAL SUPPORT FOR TROOPS IN PEACETIME AND WARTIME AND CRITERIA FOR EVALUATING ITS EFFECTIVENESS

The article presents modern views on the organization of medical support for troops (forces) in peacetime and wartime and criteria for evaluating its effectiveness based on an analysis of the activities of medical support services in peacetime and wartime, taking into account the requirements of regulatory legal acts of the Republic of Uzbekistan.

Key words: armed conflict, military operations of troops, medical support service, military medical specialists, Republic of Uzbekistan.

Вооруженные конфликты современности характеризуются большой интенсивностью, быстрой сменой оперативной и тыловой обстановки, постоянным совершенствованием применяемого оружия. Указанные факторы, в свою очередь, приводят к кратному увеличению как общих потерь на поле боя, так и санитарных потерь в личном составе войск.

Основным показателем, влияющим на организацию и планирование медицинского обеспечения боевых действий войск, является величина и структура санитарных потерь. Исходя из этого службой медицинского обеспечения проводится ряд специальных мероприятий с целью скорейшего

возвращения личного состава, получившего ранения, травмы и поражения, а также больных в строй.

Изменение форм и способов ведения современных боевых действий требует от службы медицинского обеспечения, как, собственно, и от всех служб обеспечения боевых действий, пропорционального выполнения комплекса действий по восстановлению утраченной личным составом войск (сил) бое- и трудоспособности; а также мер по внесению соответствующих корректировочных изменений в ранее применявшиеся медицинские расчеты для медицинского обеспечения боевой деятельности войск (сил). Это также требует разра-

ботки и внедрения в практику критериев оценки результатов деятельности – показателей эффективности, осуществляемых службой медицинского обеспечения.

Задачи, выполняемые службами медицинского обеспечения в системе Вооруженных Сил (силовых структур) в ходе боевых действий, т. е. уточнение совместно выполняемых службами медицинского обеспечения задач, остаются требованием времени для выработки единообразных взглядов на этот вопрос в масштабах страны и разработку и внедрение в практику соответствующих (межведомственных) нормативных правовых актов [1].

Учитывая вышесказанное, приводим наши взгляды на некоторые вопросы организации медицинского обеспечения войск, сформулированные нами в результате анализа результатов проведенных исследований.

Актуальным является обобщение, анализ и принятие конкретных целенаправленных решений ведущими специалистами военной медицины и системы гражданского здравоохранения нашей страны, а также изучение передового опыта зарубежных военно-медицинских специалистов, работающих в этом направлении.

Научные исследования мероприятий по организации медицинского обеспечения боевых действий, практика проведения научных исследований в этом направлении были начаты с изучения результатов опыта Первой и Второй мировых войн.

Практика научного прогнозирования масштабов общих потерь, понесенных в результате вооруженных конфликтов в составе регулярных Вооруженных Сил страны и возвратных (санитарных) потерь в ее составе, явилась основанием для принятия решения о внедрении этапной системы оказания медицинской помощи на поле боя. Достигнута систематизация оказываемой медицинской помощи, которая до этого периода была организована в хаотичном порядке. В результате была разработана и внедрена в практику организационно-штатная структура медицинской

службы, предназначенная для оказания медицинской помощи личному составу Вооруженных Сил (на территории или в пределах) в диапазоне – «с поля боя до прифронтовой полосы», соответственно, организованы этапы медицинской эвакуации и подготовка специалистов медицинской сферы, работающих в этой системе.

Этапная система лечения, которую можно считать относительно устаревшей (*используется уже почти 170 лет*), также доказала свою эффективность в вооруженных конфликтах, наблюдавшихся в XXI веке. Конечно, при более меньших по размаху вооруженных конфликтах или специальных (ведомственных) операциях этот метод требует оптимизации или отказа от некоторых этапов медицинской эвакуации, вместе с тем, организация этапных лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях полномасштабной войны (вооруженного конфликта) оказалась актуальной и в настоящее время. Об этом свидетельствуют опыт изучения организации медицинского обеспечения вооруженных конфликтов, наблюдающихся в XXI веке, а также научные исследования специалистов смежных областей.

В ходе военного конфликта между Россией и Украиной, по данным из открытых источников [2], показатель восстановления боеспособности личного состава (возвращения в строй по выздоровлению) в результате качественно организованного медицинского обеспечения составляет 98 %, летальность – 0,2 %. Эти цифры являются доказательством эффективности деятельности службы медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации [3].

В ходе изучения открытых источников, специальной медицинской литературы и сбора статистических данных по организации медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах второй половины XX – начала XXI века, практически не было найдено данных, полностью дополняющих друг друга, во многих случаях также были отмечены данные, в которых эти показатели противоречат друг другу. Данные

расхождения в информации можно оценить, как возникшие в процессе вооруженных конфликтов, так и с точки зрения информационной безопасности. При этом, можно проследить, что в районах ведения боевых действий в ходе вооруженных конфликтов для оказания медицинской помощи формируется специфическая для военного времени медицинская инфраструктура, т. е. все лечебно-профилактические учреждения на территории боевых действий, независимо от ведомственной принадлежности, приспособлены к оказанию медицинской помощи, в случаях возникновения очагов санитарных потерь, военнослужащим и населению (комбатантам и некомбатантам) независимо от того, были ли они адаптированы для этого заранее или нет.

Какова потребность в медицинских пунктах батальонов, есть ли необходимость в медицинских пунктах батальонов в ходе повседневной деятельности и развертывании их в районах боевых действий? Целесообразно определить, какой объем медицинской помощи оказывается в медицинских пунктах батальонов, есть ли возможность создания условий для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и какова ее эффективность?

В целях сохранения здоровья личного состава в повседневной деятельности войск (оказания им амбулаторной и стационарной медицинской помощи) в воинских частях организуется деятельность медицинских пунктов. На медицинский пункт батальона возлагается задача по оказанию первой врачебной медицинской помощи в полном объеме, соответственно предусматривается обеспечение медицинского пункта соответствующими силами и средствами медицинской службы.

При анализе деятельности медицинских пунктов воинских частей за последние 10 лет в разрезе показателей – «оказание амбулаторной и стационарной медицинской помощи личному составу» – видно, что 90–95 % деятельности в этом направлении сосредоточено на оказание медицинской помощи в амбулаторных усло-

виях, а 0–5 % – на оказание медицинской помощи в условиях стационара. Естественно, возникает вопрос – есть ли необходимость в оказании стационарной помощи в медицинских пунктах тактического звена, и какова ее эффективность?

Как известно, для оказания медицинской помощи необходимо наличие трех элементов, то есть, во-первых – здание, предназначенное для оказания медицинской помощи, во-вторых – оборудование (медицинские инструменты), предназначенное для оказания медицинской помощи, и наконец, в-третьих, наличие в этом здании квалифицированного специалиста, способного оказывать медицинскую помощь с использованием имеющихся медицинских средств (соответствующего оснащения). Исходя из этого принципа, при необходимости может быть достигнута координация возможностей медпунктов тактического звена, развернутых стационарно, на месте – в здании лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения (ЛПУ МЗ), с применением маневра сил и средств медицинской службы в ходе боевых действий, а также возможность организации оказания квалифицированной медицинской помощи в этих же медицинских пунктах тактического звена с привлечением квалифицированных или узких специалистов вышестоящего начальника медицинской службы [4, 5, 6].

В этих же целях, целесообразно использовать возможности ЛПУ МЗ в повседневной деятельности при осуществлении медицинского контроля за здоровьем военнослужащих, т. е. насколько целесообразно (или экономически выгодно) транспортировать раненых или больных в военно-лечебное учреждение ВС, находящееся на относительно большом расстоянии, при условии, что аналогичные возможности имеются в территориальных ЛПУ МЗ, находящихся на близком расстоянии?

При изучении организации и фактического выполнения задач службы медицинского обеспечения по назначению в системе Вооруженных Сил Центрально-Азиатского

региона возникает необходимость отнести мероприятия к категории «основных» и «неосновных», поскольку основу организации медицинского обеспечения боевых действий составляют лечебно-эвакуационные мероприятия [3].

В результате проведенных нами исследований можно проследить распределение основных видов деятельности (в относительном исчислении, в процентах) служб медицинского обеспечения, выполняемых в системе Вооруженных Сил, следующим образом (табл. 1).

По данным, приведенным в таблице, также целесообразно определить «основные» и «неосновные» категории видов работ, выполняемых службой медицинского обеспечения, в зависимости от периода осуществления деятельности, в конечном счете, планировать и организовывать мероприятия медицинского обеспечения в конкретный период.

Эффективнее и целесообразнее было бы в ходе повседневной деятельности привлекать военнотружущих к установленной в стране системе обязательного медицинского страхования, организовывать деятельность личного состава службы медицинского обеспечения по программе подготовки к выполнению задач, согласно их предназначению.

Насколько целесообразна возможность развертывания этапов медицинской эвакуации на поле боя, с учетом анализа реального времени и места? Целесообразно, организовать деятельность Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП)¹, его филиалов и субфилиалов, а также частного медицинского сектора в районах боевых действий (оперативное направление, направление, вплоть до отдаленных населенных пунктов) в «режиме военного времени» (независимо от ведомственной принадлежности, на основе идеи – двойного назначения) по назначению.

В результате реформ, проведенных в системе здравоохранения страны в годы независимости, была реорганизована система оказания населению скорой и неотложной медицинской помощи, которая охватила и распространялась до отдаленных районов (населенных пунктов).

Скорая и неотложная медицинская помощь предоставляют собой квалифицированную медицинскую помощь в полном объеме, а в отдельных регионах (в филиалах областных, городских и субфилиалах районных центров) – с возможностями оказания специализированной медицинской помощи, и для этого они обеспечены необходимыми медицинскими силами и средствами.

Таблица 1. Относительное распределение времени для выполнения основных мероприятий медицинской службы

Наименование мероприятий	Период осуществления деятельности, распределение времени в %		
	Боевые действия	Подготовка к боевым действиям	Повседневная
Лечебно-эвакуационные	75–80	5–10	0–5
Лечебно-профилактические	0–5	20–25	70–75
Санитарно-гигиенические и противоэпидемические (профилактические)	5–10	25–30	6–9
Снабжение медицинским имуществом	0–5	20–23	6–8
Медицинская защита от ОМП	0–100	5–7	0–1
Тактическая медицинская подготовка	0	3–5	1–2
ИТОГО:	100	100	100

¹ Для справки: в РНЦЭМП и его филиалах оказывается специализированная неотложная медицинская помощь, а в субфилиалах – квалифицированная неотложная медицинская помощь, кроме того, в эту систему входят подразделения скорой медицинской помощи “103”, санитарной авиации медицинского обеспечения населения в ЧС [6].

Кроме этого, особо следует учитывать полноценность использования возможностей частного медицинского сектора, а точнее – сети клиник и аптек, предназначенных для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи в ходе боевых действий, с созданием нормативно-правовой базы, направленной на обеспечение его материальной компенсации.

При этом необходимо учитывать, что большинство существующих в системе здравоохранения страны лечебно-профилактических учреждений, предназначенных для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи исключены из государственного бюджета, то есть находятся в порядке самофинансирования.

Неопределенность масштабов вероятных санитарных потерь в период применения беспилотных летательных аппаратов (БПЛА) требует комплексного подхода в конкретной оперативно-тактической ситуации по определению масштабов вероятных санитарных потерь.

На практике медицинские расчеты производились в зависимости от величины вероятных санитарных потерь, вызванных применением огнестрельного оружия и оружия массового поражения (ОМП). Современные вооруженные конфликты свидетельствуют об изменении принципов в этом направлении, т. е. возникновении большого количества потерь в «узком пространстве вследствие применения оружия дальнего прицеливания», высокой относительной доли безвозвратных потерь среди них, наличия раненых бойцов в реактивном состоянии, морально-психологического состояния личного состава (которое дает им мотивацию – материальную, духовную или т. п.), требуют целенаправленных исследований в этом направлении.

Увеличение масштабов санитарных потерь, вызванное применением тактики «уничтожения цели на расстоянии», вместо

непосредственных «очных» столкновений (контактный бой), в современных вооруженных конфликтах диктует необходимость проведения медицинских расчетов на основе показателей санитарных потерь, вызванных подрывами мин, а не санитарных потерь от огнестрельного оружия.

Относительный рост масштабов безвозвратных потерь в структуре общих потерь обусловленного применением в боевых действиях высокоточного и дальнобойного оружия, обуславливает необходимость изменения тактики организации медицинского обеспечения, оптимизации этапов в системе лечебно-эвакуационных мероприятий, максимального приближения квалифицированной медицинской помощи к санитарным потерям (очагам).

В результате воздействия современного вооружения наблюдается увеличение доли безвозвратных потерь в структуре общих потерь, уменьшается доля нуждающихся в медицинской помощи, которые требуют уточнения таких понятий, как «вид» и «объем» медицинской помощи, временные показатели по размещению (развертыванию) сил и средств службы медицинского обеспечения на поле боя, установленных в военной медицине.

Перечисленные потребности могут быть восполнены путем повышения мобильности медицинских подразделений, маневрирования медицинскими силами и средствами, развития сотрудничества медицинских учреждений (персонала) всех уровней.

В чем выражается понятие показателей эффективности в службе медицинского обеспечения Вооруженных Сил или на основании каких критериев его целесообразно устанавливать?

В службе медицинского обеспечения под показателями эффективности деятельности органов управления понимаются показатели, выражающие постоянную готовность объекта (ов) управления в результате управленческой деятельности к выполнению задач по назначению и наличие устойчивого управления.

Показатели эффективности деятельности органов управления выражаются в: способности к постоянной готовности подчиненных медицинских подразделений к выполнению задач по предназначению; положительных показателях критериев уровня выполнения задач по предназначению службы медицинского обеспечения (*показатели санитарных потерь ниже относительных общеармейских показателей, показатель восстановления трудо- и боеспособности санитарных потерь не менее 90 %, создание резерва медицинских сил, показатель общей заболеваемости личного состава в пределах 2–4 %, отсутствие массовых инфекционных заболеваний среди личного состава – санитарно-эпидемическая обстановка благополучная, оценка уровня специальной подготовки медицинского персонала и тактико-медицинской подготовки личного состава на «отлично» и «хорошо», бесперебойное снабжение подразделений медицинским имуществом и создание достаточного запаса медицинского имущества, устойчивой связи с органом управления и налаживание обмена информацией*); установлении взаимодействия по организации медицинского обеспечения; уровне методической и практической помощи, оказываемой подчиненным; способности к восстановлению управления; степени установления контроля в управлении [4].

Авторы просят уважаемых читателей поделить своими мыслями и мнениями по вышеуказанным вопросам, так как при определении направлений дальнейших научных исследований в вопросах организации медицинского обеспечения подразделений в боевых действиях, являющихся основой военной медицины, эти мысли и соображения будут обязательно учтены.

Мы также призываем всех заинтересованных и неравнодушных специалистов к сотрудничеству в означенных выше вопросах. Замечания просим представлять на электронный адрес: obidjonaxmedov6@gmail.com

Литература

1. О мерах по организации качественно новой системы подготовки кадров в области военной медицины. Постановление Президента Республики Узбекистан от 22 октября 2020 года № ПП-4870.

2. Кочін І. В. Аналіз загальних втрат серед військовослужбовців і населення при бойових діях і їх особливості // Медицина невідкладних станів. 2019. № 5 С. 29–39.

3. 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. 4–20.

4. Axmedov O. S., Saidov A. Y. Mudofaa vazirligi qo'shinlari jangovar harakatlari tibbiy ta'minotini tashkillashtirishning asoslariga zamonaviy qarashlar. O'zbekiston harbiy tibbiyoti jurnali. № 2-2024.y., 2–4 b.

5. Axmedov O. S. Tibbiyot xizmatining tuzilishi va taktikasi – MOF tinglovchilari uchun o'quv qo'llanma. O'R QK HTA.2024 y.

6. О мерах по дальнейшему совершенствованию системы скорой медицинской помощи. Указ Президента Республики Узбекистан от 16 марта 2017 года № ПФ-4985.

References

1. O merah po organizacii kachestvenno novoj sistemy podgotovki kadrov v oblasti voennoj mediciny. Postanovlenie Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 22 oktyabrya 2020 goda № PP-4870.

2. Kochin I. V. Analiz zagal'nih vtrat sered vijskivosluzhbovciv i naselennya pri bojovih diyah i ih osoblivosti // Medicina nevidkdnih staniv. 2019. № 5 S.29-39.

3. Trishkin D. V. Itogi deyatel'nosti medicinskoj sluzhby Vooruzhennyh Sil Rossijskoj Federacii v 2023 godu i zadachi na 2024 god // Voennomedicinskij zhurnal. – 2024. – T. 345. – № 1. – С. 4–20.

4. Axmedov O. S., Saidov A. Y. Mudofaa vazirligi qo'shinlari jangovar harakatlari tibbiy ta'minotini tashkillashtirishning asoslariga zamonaviy qarashlar. O'zbekiston harbiy tibbiyoti jurnali. № 2-2024.y., 2–4 b.

5. Axmedov O. S. Tibbiyot xizmatining tuzilishi va taktikasi – MOF tinglovchilari uchun o'quv qo'llanma. O'R QK HTA.2024 y.

6. O merah po dal'nejshemu sovershenstvovaniyu sistemy skoroj medicinskoj pomoshchi. Ukaz Prezidenta Respubliki Uzbekistan ot 16 marta 2017 goda № PF-4985.

Поступила 23.01.2025 г.