

Военная медицина на современном этапе

*Кафедра организации медицинского обеспечения войск и экстремальной
медицины ВМедФ в УО «БГМУ»*

Данная статья является окончанием краткого курса истории военной медицины, изложенного в журнале «Военная медицина», №№ 2, 3, 4-2007 г., №№1, 2, 3, 4-2008 г.

Окончание второй мировой войны не принесло долгожданного мира на нашу планету. Надежда на долгожданную мирную передышку по окончании «холодной войны» также не оправдалась. Мир периодически сотрясается природными катастрофами, экологическими и политическими взрывами, эпидемиями и т.п. Войны и вооруженные конфликты, вопреки ожиданиям и усилиям ООН, проводимым мощным антивоенным движением не стали событиями прошлого. За послевоенные годы в мире было развязано более 280 войн и вооруженных конфликтов, многие из которых были способны перерасти в крупную бойню с участием многих государств. Подсчитано, что за всю историю существования человечества, люди жили в условиях мира лишь 300 лет, т. е. менее одной недели в каждые 100 лет. Только в 90-е годы XX века в войнах и вооруженных конфликтах участвовало 90 государств, в которых погибло около 9 миллионов человек. К примеру, в 1992 г. по всему миру были отмечены 73 «горячие точки», которые угрожали дестабилизацией в регионах и международной безопасности. Войны и вооруженные конфликты наблюдались в 25 странах, напряженности различного характера, способные превратиться в войны, в 24 других странах, а 24 района в мире считались потенциальными источниками потенциальных конфликтов разного рода. Примечательно то, что большее количество конфликтных и потенциально конфликтных районов обнаруживалось на территории бывшего СССР - в Таджикистане, Грузии, Азербайджане, Армении, Молдове, в регионе Северного Кавказа. По некоторым оценкам, территория с размерами в 1/3 бывшего СССР и населением в несколько десятков миллионов человек находятся в состоянии национальной и социальной напряженности.

Для возникновения конфликтной ситуации, как показали события в России и других странах СНГ, имеется достаточно много причин социально-экономического, этнического, религиозного и другого характера. Основой для создания конфликтной ситуации стал распад СССР, создавший многочисленные точки напряженности. Этот распад разрушил геополитический баланс не только в пределах бывшего СССР, но и в мире, и привел к столкновениям самого разного рода и характера. Главными причинами такого положения по оценкам аналитиков ООН, являются: агрессивный национализм, развившийся паразитически на идее обретения суверенитета и собственной государственности в ряде бывших республик СССР; правовой беспредел и отсутствие законности, т. е. «верховенства права»; чрезмерная либеральность под видом так называемой «демократии»; территориальные притязания одних к другим; неравномерное политико-экономическое развитие и положение бывших республик - ныне членов и партнеров по СНГ; столкновение национальных и государственных интересов стран; принятие в них дискриминационных законов о гражданстве; желание покончить с верховенством центра, обвиненного в новых имперских устремлениях; неразумное распределение имущества бывшего СССР; неприемлемое для некоторых

присутствие российских войск на их территориях; отсутствие государственных границ, оформленных договорами, оборудованных и размеченных на основе принятых норм и правил; религиозные мотивы и многое другое.

Особую опасность представляют неконтролируемое распространение вооружений бывших Вооруженных Сил СССР по регионам, а также формирование на основе вышеназванных факторов и наличия оружия незаконных, нелегальных, зачастую неконтролируемых вооруженных формирований и их активизация в регионах и странах СНГ.

Все вышеперечисленные причины и факторы послужили основой для возникновения и развязывания локальных войн и вооруженных конфликтов, последний из которых мы, к нашей боли и непониманию, наблюдали в августе 2008 года в Закавказье.

Локальные войны - это ограниченный, чаще всего двусторонний вооруженный конфликт с каким-либо государством или небольшой группой государств с применением, как правило, группировок вооруженных сил мирного времени.

Каждая локальная война или вооруженный конфликт имела или имеет свои особенности, проходила или проходит в определенном географическом регионе и в только ей присущих условиях политического, экономического, социального и военного характера. В ходе каждой локальной войны на практике отрабатываются новые способы ее ведения, проверяются возможности нового высокотехнологичного вооружения и умения руководства страны и ее вооруженных сил успешно использовать свои военно-технические и военно-теоретические достижения.

Все локальные войны (вооруженные конфликты) второй половины 20 века проходили с применением только обычного оружия, усовершенствованного с каждым годом, вплоть до появления высокоточных и высокотехнологичных систем вооружения, что позволяло избирательно воздействовать на наиболее уязвимые объекты противника (удары израильской авиации по военным объектам палестинцев в секторе Газа.) Но в связи с этим особую опасность, как для войск, так и для населения представляют последствия разрушений объектов химического производства и атомной энергетики, расположенных как в зоне конфликта, так и за его пределами, т. е. в глубине территории страны. Повышается вероятность поражения объектов медицинской службы. В структуре санитарных потерь следует ожидать утяжеления ранений и увеличение числа смертельных поражений, а так же новых видов поражений, связанных с разработкой средств поражения, основанных на новых физических принципах.

Интенсивность боевых действий в локальных конфликтах носит неравномерный и циклический характер, огневое противоборство может выходить за пределы действий группировок войск и охватывать всю территорию воюющих стран, что предполагает определенные закономерности в динамике боевых потерь войск. Подобная ситуация повышает значение подготовительного периода, в котором предстоит готовить медицинскую службу к продолжительной работе при крайнем напряжении всех ресурсов, необходимость содержания высокоподвижных резервов для их использования как в зоне конфликта, так и за его пределами.

В каждом локальном вооруженном конфликте по новому применительно к условиям ведения боевых действий на театре военных действий (ТВД), организуется и медицинское обеспечение войск, участвующих в нем.

Эти особенности можно проследить на примере войны в Афганистане и контртеррористических операций в Чеченской республике.

Боевые действия Ограниченного контингента советских войск в Афганистане (ОКСВА) продолжались с декабря 1979 г. по февраль 1989 г. За это время потери советских войск составили: убитыми - 13833 чел., ранеными - 49985 чел. Число заболевших инфекционными болезнями составило 278022 чел, что в значительной степени превышало санитарные потери от боевого оружия. В структуре санитарных потерь от боевого оружия преобладала минно-взрывная травма, как самостоятельный вид боевой патологии. В структуре инфекционной заболеваемости преобладали вирусный гепатит, брюшной тиф, малярия, дифтерия.

Боевые действия, как правило, велись в горно-пустынной местности, в районах контролируемых противником, по отдельным направлениям, небольшими подразделениями, находящимися в отрыве от главных сил. Сплошной линии фронта не было и существовала постоянная угроза ударов противника и с тыла.

Существенными факторами, влияющими на работу медицинской службы были специфические медико-географические условия Афганистана: жаркий климат, дневная температура воздуха до 43-45 градусов по Цельсию в тени, низкая относительная влажность воздуха (20-30%), постоянные пыльные бури, отсутствие естественных укрытий от солнечного излучения при совершении длительных переходов. В этих условиях у военнослужащих наблюдались нарушения водно-солевого баланса, снижалась масса тела и наступал упадок физических сил. В войсках ежегодно регистрировались до 400-500 случаев тепловых поражений. В связи с этим была разработана методика тепловой адаптации организма и созданы новые образцы полевой одежды и обуви. Медицинская служба предложили определенный режим водопользования и внедрила в практику специально разработанные препараты для индивидуального и группового обеззараживания воды, а также рецептур специальных растворов, повышающих переносимость физических нагрузок и снижающих риск тепловых поражений. В это же время проводились научные исследования по созданию рационального пищевого пайка для военнослужащих (горные летние и горные зимние пайки), а также разрабатывалась методика применения средств фармакологической коррекции, в том числе адаптогенов, в условиях высокогорья и препаратов, улучшающих физическую работоспособность и купирующих психическую депрессию.

Задачами медицинской службы в этих условиях являлись организация медицинского обеспечения войск при ведении ими боевых действий по уничтожению вооруженных формирований противника, медицинское обеспечение частей и подразделений, занятых на охране и обороне наземных коммуникаций, а также медицинское обеспечение частей и подразделений в пунктах постоянной дислокации.

Определяющим образом на организацию медицинского обеспечения боевых действий войск влияли оперативно-тактическая обстановка и специфичность решаемых ими боевых задач.

На основе вышеперечисленных факторов, влиявших на организацию медицинского обеспечения войск, были выработаны определенные принципы работы медицинской службы. Предусматривалось усиление боевых подразделений медицинским составом и имуществом на ступень выше предусмотренного для них по штату. Оказание первой медицинской помощи осуществлялось не в порядке само- и взаимопомощи, а медицинским составом подразделения. Вынос раненых с поля боя производился преимущественно с помощью санитаров-носильщиков, а не механизированных средств. Эвакуация большинства раненых непосредственно из боевых подразделений

велась напрямую в отдельные медицинские батальоны или гарнизонные госпитали, минуя медицинские пункты частей. Сроки доставки раненых на этапы квалифицированной и специализированной медицинской помощи сокращались за счет широкого использования санитарных и транспортных вертолетов. Вследствие этого средний срок оказания квалифицированной медицинской помощи во втором периоде войны по сравнению с первым сократился почти вдвое - с 7.8 часа до 4.5 часа. Этапы медицинской эвакуации, предназначенные для оказания квалифицированной медицинской помощи, развертывали, преимущественно в стационарных условиях, что позволяло расширять объем и качество лечебных мероприятий и обеспечивать лечение раненых и больных со сроками восстановления их боеспособности до 30 суток.

Специализированная медицинская помощь оказывалась в госпиталях, размещенных на территории Афганистана и Туркестанского военного округа. Основными являлись Центральный военный госпиталь 40-ой армии в г. Кабуле и окружной военный госпиталь ТуркВО в г. Ташкенте. в дальнейшем раненые при необходимости отправлялись в Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко и другие центральные и окружные военные госпитали страны.

При проведении крупных операций войск этап квалифицированной медицинской помощи (омедб, омедр), как правило, усиливался силами и средствами для оказания как квалифицированной, так и специализированной медицинской помощи. В частности, отдельные медицинские батальоны и роты усиливались хирургами, анестезиологами, бактериологом и некоторыми другими специалистами. В штат некоторых медицинских частей и учреждений были введены врачи-психиатры. В этой войне для эвакуации раненых впервые применялись и широко использовались специально оборудованные для этих целей вертолеты МИ-8 «Биссектриса», самолеты АН-26 «Спасатель» и ИЛ-76 «Скальпель».

Опыт войны в Афганистане показал необходимость обеспечения мобильности, автономности и живучести медицинских частей и учреждений путем перевода их функциональных подразделений на современную подвижную базу и создание подвижных комплексов в медицинских пунктах полков, бригад и омедб дивизий, необходимость совершенствования технических средств розыска раненых в условиях горно-пустынной местности, новых перевязочных средств, транспортных шин, средств анестезии, а также технических средств погрузки в вертолеты и самолеты. При итоговом обсуждении деятельности медицинской службе в Афганистане предлагалось совершенствовать организацию лечебно-эвакуационных мероприятий при ведении боевых действий войсками в условия автономности на различных ТВД и при длительных перерывах в медицинской эвакуации.

Опыт медицинского обеспечения боевых действий ОКСВА показал принципиальную возможность приближения специализированной хирургической помощи к боевым порядкам войск путем усиления стационарно расположенных омедб и гарнизонных госпиталей многопрофильными хирургическими группами. Все они были развернуты в стационарных помещениях (сборно-щитовых модулях) и имели полный комплект необходимого медицинского оборудования, имущества и инструментов даже для оказания отдельных видов специализированной медицинской помощи.

Главный урок, полученный в ходе войны в Афганистане, заключался в том, что медицинская служба должна быть постоянно готова к организации и медицинского обеспечения войск с учетом специфики ТВД, характера применяемого противником

оружия и стратегии ведения боевых действий, не смотря ни на какие трудности, даже в условиях полной или частичной изоляции. При этом возможны довольно значительные отступления от общепринятых принципиальных установок, касающихся организационно-штатной структуры медицинской службы, схем ее мобилизационного развертывания и организации работы.

В ходе двух контртеррористических операций на Северном Кавказе уроки войны в Афганистане были учтены не сразу, но изменившийся характер боевых действий привело к существенной модификации лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Работа медицинской службы в Чеченской республике не повторяла прежние подходы, а изменялась под влиянием многих условий и факторов. К числу особенностей ведения боевых действий в Чеченской республике, оказывавших влияние на организацию медицинского обеспечения войск следует отнести:

- Применение коалиции, состоявшей из соединений и частей трех видов ВС (Сухопутные войска, войска ПВО, ВВС), воздушно-десантных, пограничных и внутренних войск, сил и средств ФСБ;
- ведение боевых действий на территории одной из республик России, то есть на территории своей страны, в условиях крупного города (г. Грозный) и других населенных пунктов;
- применение воюющими сторонами современных средств вооружения и активная снайперская война;
- климатогеографические особенности региона (горно-лесистая местность), сложная санитарно-эпидемическая обстановка, особый характер отношений с местным населением и неизбежность контактов.

В этих условиях усилия медицинской службы были направлены на повышение качества неотложной помощи и сокращение сроков доставки раненых в лечебные учреждения. Таким образом, решалась основная цель - максимальное приближение медицинской помощи к раненому.

Организация работы медицинской службы имела свои особенности.

В каждую штурмовую группу (роту) дополнительно выделялись врач (фельдшер) с соответствующим оснащением, два санитарных инструктора, одна единица бронированной техники для эвакуации раненых в укрытие, а в каждый штурмовой отряд (батальон) - врач, фельдшер, четыре санитарных инструктора, санитарный автомобиль и три единицы бронированной техники для эвакуации раненых из укрытий (штурмовых групп).

Медицинские пункты частей усиливались хирургами и анестезиологами за счет медицинских учреждений, которые в данной обстановке в полном составе не развертывались. Кроме того, в каждой мотострелковой бригаде для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи по неотложным показаниям предусматривалось развертывание медицинской роты, в состав которой входили хирурги и анестезиолог. Первая врачебная помощь была расширена за счет выполнения таких манипуляций, как прошивание сосудов в ране, интубации трахеи, катетеризации магистральных вен, троакарной эпицистомии и др. Полостные операции допускались лишь при действиях мотострелковой бригады на изолированных направлениях и невозможности эвакуации раненых в течение длительного времени.

В наиболее благоприятных условиях работала сводная медицинская рота, развернутая в подвалах зданий, том числе и в подвале бомбоубежища Республиканской больницы.

В ходе ведения контртеррористической операции особую роль сыграли медицинские отряды специального назначения (МОСН), максимально приближенные к тактической зоне боевых действий. МОСН, усиленные врачами-специалистами, составили ядро всей системы медицинского обеспечения войск и выполняли весь объем квалифицированной медицинской помощи. Благодаря их развертыванию на ключевых эвакуонаправлениях была успешно решена проблема своевременного оказания квалифицированной (в первые 6 часов) и специализированной (в первые 12 часов) медицинской помощи.

Во время ведения боевых действий в Чеченской республике впервые на практике была реализована система неотложной специализированной хирургической помощи. Эта задача была решена за счет усиления МОСН специализированными хирургическими группами, сформированными по принципу локализации ранения.

В отряде работал врач-трансфузиолог, а кровь и другие плазмо- и кровезамещающие растворы доставлялись самолетами из Главного военного клинического госпиталя им Н.Н.Бурденко.

В отряде систематически велась подготовка хирургов, анестезиологов, среднего медицинского персонала перед отправкой в район боевых действий.

В целом развернутые в Чеченской республике МОСН успешно выполнили поставленные перед ними задачи и показали себя мобильными, работоспособными формированиями.

Также необходимо отметить особенности руководства и управления медицинской службой. Непосредственно медицинским обеспечением войск руководили начальники медицинской службы Северо-Кавказского военного округа, 58 армии и армейских корпусов, работавшие в составе оперативных групп на соответствующих командных пунктах. В своей деятельности начальники медицинской службы всех степеней тесно взаимодействовали с органами гражданского здравоохранения и министерства по чрезвычайным ситуациям, что в значительной мере повышало эффективность оказания медицинской помощи раненым.

В качестве вывода следует отметить, что всесторонний глубокий анализ действий медицинской службы в Чеченской республике подтвердил правильность положений современной военно-медицинской доктрины и показал необходимость ее разумного и творческого применения. Считается, что в условиях локальной войны фактор изменчивости, т.е. «пластичности» организационных форм и методов медицинского обеспечения войск дал возможность достигнуть положительных результатов в деле оказания медицинской помощи раненым и их реабилитации.

Литература

1. Р. Эрнест Дюпюи, Тревор Н. Дюпюи. Всемирная история войн. Кн. 4. Полигон АСТ, С-Петербург-Москва, 2000. С. 778-780.
2. Организация медицинского обеспечения войск: учебник / С. Н. Шнитко [и др.]. Минск. БГМУ, 2008. С. 39-42.
3. Белевитин, А. Б., Шелепов, А. М., Веселов, А. И. Военная медицина: становление, развитие. СПб., 2007. С. 308-316.
4. Нечаев, Э. А. Опыт медицинского обеспечения Советских войск в Афганистане. Военно-медицинский журнал. М., 1992. № 5.
5. Чиж, И. М. Организационные вопросы построения современной системы медицинского обеспечения ВС. Военно-медицинский журнал. М., 1996. № 2.
6. Чиж, И. М. Войсковому звену медицинской службы - неослабное внимание.

Военно-медицинский журнал. М., 1996. № 3.

7. Чиж, И. М. Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах Военно-медицинский журнал. М., 2000. № 6.

8. Синопальников, И. В. О санитарных потерях Советских войск в Афганистане. Военно-медицинский журнал. М., 2000. № 3.