

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА И МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

ПРОРЕКТОР
ПО ОБЩЕСТВЕННЫМ СВЯЗЯМ
И ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
НИЦ ПЕРВОГО МГМУ
ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ
РАМН, Д.М.Н., ПРОФЕССОР,
ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Иван Михайлович Чиж



Подсчитано, что за последние 5,5 тыс. лет произошло более 14 тыс. больших и малых войн, в ходе которых погибло, умерло от болезней и голода 3,5 млрд человек. Во многих регионах мира войны продолжают и сейчас и, наряду с международным терроризмом, уносят все новые и новые человеческие жизни. Потому столь важна сегодня такая область медицины, как военная медицина. В действительности это не обособленная отрасль, а обобщающий фон для всех, в том числе и специализированных, методов лечения, применяемых при определенных обстоятельствах. Ее роль может широко варьировать: от индивидуального подхода по отношению к каждому военному до теории и практики служб общественного здравоохранения.

Возможности лечения в армии были относительно малы вплоть до конца XIX века. По мере развития военно-полевой хирургии и терапии внедрялись и новые методы лечения. Если подтверждалось, что они сохраняли жизнь и (или) функции органов и систем организма, последствия этих методов были подобны цепной реакции: военные получали новую надежду, а их лидеры – новые возможности сохранять боеспособность. Таким образом, заинтересованность в развитии военно-полевой хирургии существует в обеих сферах: политической и военной.

Во время активного боя наибольшую важность имеют такие составляющие военной медицины, как *интенсивная помощь и оперативное лечение у места инцидента*.

та. Число жертв часто настолько велико, что увеличение числа тех, кого можно спасти, требует конвенционального приоритета принципов для установления индивидуального прогноза на различном уровне лечения и эвакуации. Это проявилось в развитии принципов медицинской сортировки и реализации системы этапного лечения с эвакуацией по назначению раненых и больных в войнах и вооруженных конфликтах, которые успешно применяются при катастрофах или стихийных бедствиях.

Другая, не менее важная особенность военной медицины на протяжении веков – это *борьба против инфекционных заболеваний*. Вплоть до XX века инфекции убивали воинов в большей мере, чем оружие, и до сих пор они обуславливают большее количество дней нетрудоспособности и небоеспособности по сравнению с физическими травмами даже в сражающихся войсках.

Третья составляющая сегодняшней военной медицины – это *сохранение психического здоровья*. Сфера деятельности здесь может быть разделена на психиатрическую профилактику, лечение и реабилитацию, которые являются частью непосредственно медицины, и изучение психологии стресса и его лечение. В этом плане чисто медицинское обеспечение дополняется деятельностью военных психологов, работающих в зоне боевых действий.

Четвертое направление – *развитие медицинской и социальной реабилитации* – обязано военной медицине, так как необходимость обеспечить выздоровление ветеранов войны послужила отправной точкой их более широкой реабилитации. Основная идея выполнения соответствующей программы, гуманной и психологической, заключается не только в сохранении боеспособности – ведь реабилитация может занимать годы. Хорошо функционирующая система реабилитации показывает ветеранам, что общество берет на себя заботу о них.

Еще шли активные боевые действия в Афганистане, когда 26 апреля 1986 года случилась одна из крупнейших экологических катастроф XX века – авария на 4-м энергоблоке Чернобыльской АЭС (ЧАЭС). По своему масштабу она не имела равных, а отдаленные ее последствия

еще многие десятилетия будут оказывать отрицательное воздействие на био- и экосферу. Значительная часть работ по ликвидации тяжелейших последствий этой аварии была прежде всего возложена на вооруженные силы. С первых же ее часов на помощь энергетикам пришли военные летчики, химики, инженеры, автомобилисты, дорожники, медики и другие специалисты.

Ответственные и принципиально новые задачи, связанные с необходимостью предотвращения неблагоприятных медико-биологических последствий обширного радиоактивного загрязнения, пришлось решать и военно-медицинской службе. Военные медики в то время не имели какого-либо опыта в ликвидации реальных последствий аварий подобного характера. Много из того, что ранее было теоретически разработано в области радиационной защиты, потребовало срочного переосмысления. При этом медикам-ликвидаторам следовало проявить высокую научную компетентность, организованность, инициативу, осуществить тесное взаимодействие с органами гражданского здравоохранения и научными центрами страны.

Основными факторами, определяющими эффективность оказания медицинской помощи, являются быстрое отоблаживание необходимых сил и средств медицинской службы, немедленная доставка к месту катастрофы, четкое их распределение в пострадавших районах, достаточный объем информации об изменениях обстановки и оперативность работы штаба руководства, позволяющие осуществлять своевременное маневрирование спасательными командами и созданными группами медицинского усиления. Все это вопросы организационного характера. Решение их в условиях катастрофы требует не только специальных знаний и навыков, но и значительной предварительной подготовки.

После разрушительного землетрясения в Армении по приказу министра обороны СССР уже к исходу 7 декабря 1988 года силами и средствами военно-медицинской службы за счет личного состава главного и центральных военных клинических госпиталей, Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова, военно-медицинского факультета при Центральном институте усовершенствования врачей ряда окружных и флотских госпиталей центральных лабораторий был сформирован отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП), который утром следующего дня прибыл в Ереван и приступил к оказанию медицинской помощи в очаге землетрясения и в лечебных учреждениях города.

Хотелось бы еще раз отметить тот факт, что в первые сутки после землетрясения практически только военные медики оказались в состоянии организовать оказание медицинской помощи. Гражданские органы здравоохранения, включая скорую медицинскую помощь, были почти полностью парализованы. Жители Ленинакана, не получившие травм, самостоятельно, без какой-либо медицинской помощи транспортировали своих пострадавших родственников в лечебные учреждения ближайших городов. Лишь во дворе разрушенного военного госпиталя и в здании медицинской роты было организовано оказание первой медицинской помощи.

После оценки сложившейся обстановки было принято решение об оказании первой врачебной с элементами квалифицированной медицинской помощи по неотложным показаниям с последующей эвакуацией пострадавших в лечебные учреждения Еревана и Тбилиси.

В основу организации лечебно-эвакуационных мероприятий был положен принцип создания группировки сил и средств, обеспечивающий максимальное приближение квалифицированной медицинской помощи к районам землетрясения с последующей эвакуацией пострадавших, преимущественно авиационным транспортом, в специализированные лечебные учреждения Еревана, Тбилиси, Москвы, Ленинграда. Как правило, интервал времени от оказания первой медицинской до специализированной помощи не превышал пять-шесть часов.

Основные усилия медицинской службы в первые пять-семь суток после землетрясения направлялись на решение лечебно-эвакуационных задач. В последующий период главным содержанием ее деятельности стали противоэпидемические мероприятия и плановое медицинское обеспечение военнослужащих, участвующих в восстановлении населенных пунктов и гарнизонов. Специалисты санитарно-эпидемиологических учреждений особое внимание уделяли контролю за доброкачественностью питьевой воды. В результате, несмотря на крайне напряженную санитарно-эпидемиологическую обстановку и наличие в районах Ленинакана и Спитака природного очага чумы и туляремии, удалось избежать вспышек инфекционных заболеваний как среди личного состава войск, так и среди местного населения.

Землетрясение в Армении еще раз заставляет задуматься о целесообразности создания групп быстрого реагирования со всем необходимым оснащением для автономной работы в полном объеме.

При железнодорожной катастрофе в Башкирии в зоне взрыва, происшедшего 3 июня 1989 года (эпицентр его находился в 1 км от железнодорожного полотна), оказались два пассажирских поезда. Возникший пожар сразу охватил 250 га прилегающего леса и вагоны обоих составов. По данным Минздрава РСФСР, в них находилось более 1,2 тыс. человек. Тропический эквивалент взрыва, по ретроспективной оценке специалистов, составил 250–300 т. Основными поражающими факторами взрыва являлись ударная волна, пламя и раскаленные газы.

Отличительной особенностью стало то, что после взрыва (по типу объемного горения) преобладающими были термические, а не механические поражения. У 95% пассажиров возникли ожоги открытых частей тела II–III степени. У некоторых из них имелись глубокие ожоги. Вдыхание раскаленных газов и продуктов горения привело к термохимическому поражению органов дыхания.

После получения сообщения о катастрофе по указанию начальника Центрального военно-медицинского управления из числа сотрудников Военно-медицинской академии имени С.М. Кирова был сформирован отряд специализированной медицинской помощи для усиления действующей в очаге медицинской службы Приволжского военного округа (в настоящее время Приволжско-Уральский) и оказания практической помощи

лечебным учреждениям Уфы. В состав военно-медицинской группировки вошли 175 врачей и медицинских сестер, что позволило организовать оказание квалифицированной, специализированной помощи пострадавшим на базе окружных военных госпиталей Куйбышева и Свердловска, гарнизонных госпиталей Уфы и Челябинска, а также проводить необходимую консультативную помощь в лечебных учреждениях Уфы.

Вопросам ликвидации медицинских последствий крупномасштабных стихийных бедствий и техногенных катастроф были посвящены несколько представительных конференций (всесоюзная – Казань, 1989 год; всероссийская – Уфа, 1990 год; международная выставка-симпозиум – Москва, 1992 год).

Таким образом, при обосновании концепции медицины катастроф следует учитывать положение военно-медицинской доктрины, организацию помощи пострадавшим на принципах этапного лечения. В то же время организация медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях мирного времени имеет свои существенные отличия, которые заключаются в максимальном приближении всех ее видов к очагу поражения с вытекающими отсюда последствиями.

С принятием основных положений военной доктрины Российской Федерации, введенной в действие Указом Президента РФ от 2 ноября 1993 года, где подчеркивается, что главную опасность для стабильности и мира представляют локальные войны и вооруженные конфликты, способные при определенных условиях перерасти в крупномасштабную войну, Главным военно-медицинским управлением Минобороны России (ГВМУ МО РФ) были проведены первые исследовательские командно-штабные учения (КШУ) в мае 1994 года, посвященные данной тематике. Результаты КШУ явились предметом детального обсуждения на XXXV расширенном пленуме ученого медицинского совета ГВМУ МО РФ. Принятое на пленуме решение, определившее концептуальные подходы к организации медицинского обеспечения войск в военных конфликтах ограниченного масштаба, оказалось весьма своевременным. Как известно, в ноябре – декабре 1994 года начался чеченский кризис, и медицинская служба приступила к практическому решению задач обеспечения войск в боевых действиях.

Одной из особенностей построения современной системы медицинского обеспечения является наличие или создание в ее составе специальных структур постоянной готовности, организационно не связанных с войсками, но предназначенных для их обеспечения в условиях развития различных кризисных (экстремальных) ситуаций. Речь идет прежде всего о медицинских учреждениях системы экстренной медицинской помощи – медицинских отрядах специального назначения.

Эффективность их работы наглядно иллюстрирует объем поступлений и хирургической активности указанных учреждений в наиболее напряженный период операции по разгрому незаконных вооруженных формирований в г. Грозном (январь – февраль 1995 года). Так, в 660, 529, 532-й медицинские отряды специального назначения (МОСН) поступило 4594 человека (3271

раненый и 1323 больных). Всего проведено 1162 хирургических вмешательств (35,5% от числа раненых). В целом среднесуточный объем поступлений составил 50–70 раненых и больных (40–60 тяжелораненых). В отдельные дни операции, особенно с 10 по 19 января 1995 года, развернутые МОСН принимали по 200 и более раненых и больных. В среднем за сутки в каждом МОСН выполнялось 10–15 оперативных вмешательств, в том числе 5–7 повышенной сложности.

Исследование организации лечебно-эвакуационных мероприятий в условиях локальных войн, включая опыт медицинского обеспечения федеральных сил в Чечне, показало, что практически во всех военных конфликтах современности усилия медицинской службы были направлены на приближение медицинской помощи к раненому (больному). Решение этой задачи достигалось качественным изменением содержания мероприятий неотложной помощи раненым на поле боя и войсковых этапах медицинской эвакуации; углублением и расширением специализации медицинской помощи.

В условиях Чечни – внедрение концепции неотложной специализированной, а также ранней специализированной помощи; увеличение объема эвакуации раненых и больных в тактической и оперативной зоне боевых действий воздушным транспортом; организация медицинской помощи, лечение и реабилитация легкораненых (легкобольных, легкопораженных) с короткими сроками выздоровления в войсковом и армейском районах (в зоне вооруженного конфликта).

Данные подходы, наработанные медицинской службой Вооруженных Сил РФ, могут быть успешно реализованы при ликвидации стихийных бедствий различного масштаба, что подтверждает практика, использование сил и средств как на территории страны, так и за ее пределами.

В период с июля 1999 года по март 2003 года 21-й МОСН Московского военного округа в составе российского воинского контингента выполнял миротворческую миссию в Косово (Балканы). Отряд содержался по временному штатно-должностному расчету численностью 75 военнослужащих. Его пропускная способность – 150 раненых и больных в сутки, коечная емкость госпитального отделения – 30 коек.

Квалифицированная и специализированная помощь оказывалась военнослужащим российского воинского контингента, местному населению, а также сотрудникам миссии ООН в Косово. Всего за период работы отряда медицинскую помощь получили более 25 тыс. человек, из которых 3 тыс. пролечены стационарно. Выполнено более 1,4 тыс. хирургических операций, из них более 400 сложных.

Высокий профессионализм медицинского состава отряда и уровень оказания лечебно-диагностической помощи высоко оценены местным населением края Косово.

Постигшее страны Юго-Восточной Азии (Шри-Ланка, Индия, Индонезия) стихийное бедствие вследствие мощного землетрясения с эпицентром на дне Бенгальского залива Индийского океана повлекло за собой огромные разрушения и массовые потери среди мирного населения (по разным оценкам, свыше 300 тыс. че-



ловек). Решением Президента РФ в район стихийного бедствия был направлен МОСН Приволжско-Уральского военного округа.

Медицинской службой округа изучена медико-географическая характеристика района предназначения, санитарно-эпидемиологическая и экологическая обстановка, военно-политическая ситуация на Суматре, временные показатели от момента природного катаклизма до прибытия отряда в район бедствия, определяющие характер и структуру санитарных потерь. Полученные данные позволили предположить в структуре санитарных потерь преобладание инфекционных заболеваний, в том числе особо опасными инфекциями, что и послужило причиной перепрофилизации отряда в пределах штатной численности.

Российскими врачами осмотрено более 4 тыс. пострадавших, проведена вакцинация населения. Выполнен ряд сложных оперативных вмешательств.

За время работы российский военный госпиталь, развернутый в зоне бедствия, посетили и осмотрели спе-

циальный представитель ВОЗ в Индонезии доктор Игл Соренсон, представители международных организаций, местных властей. Отмечено, что российский МОСН явился самым крупным и лучше других оснащенным медицинским учреждением в пострадавшей от стихийного бедствия зоне. По просьбе индонезийской стороны материально-технические средства МОСН на сумму 208 млн. рублей переданы безвозмездно властям провинции Ачех.

Таким образом, предложенная ГВМУ МО РФ Концепция медицины катастроф позволила создать в стране службу, противостоящую различного рода вызовам в условиях стихийных бедствий, и одновременно разработать модель использования медицинских отрядов специального назначения в военных конфликтах различной интенсивности, основываясь на модернизированной системе этапного лечения с эвакуацией по назначению, впервые успешно реализованной в годы Великой Отечественной войны. Все это подтверждает величие школы, основанной Н.И. Пироговым, 200-летие со дня рождения которого отмечается в этом году.