

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА РОССИИ – К 60-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ

(ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И УРОКИ)

НАЧАЛЬНИК ГЛАВНОГО
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО
УПРАВЛЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
ГЕНЕРАЛ-ЛЕЙТЕНАНТ
МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ
Игорь Юрьевич Быков



В памяти уже нескольких поколений наших соотечественников особое место принадлежит Великой Отечественной войне. Горе и страдания, вынесенные советским народом как на фронтах, так и в тылу, имевшие место ошибки, просчеты и в то же время успехи и достижения заставляют нас с особым вниманием и почтением относиться к полученному опыту.

За период с июня 1941 года по сентябрь 1945 года потери только среди военных медиков составили 210 601 человек, в том числе погибших и пропавших без вести – 84 793. Из них 5319 врачей, 9198 средних медицинских работников, 22 723 санитарных инструктора и 47 553 санитаря и санитаря-носильщика.

В 1944 году по Указу Верховного Главнокомандующего была создана Академия медицинских наук СССР (АМН) и поставлена в качестве первоочередной задача научного анализа и обобщения опыта советской медицины в Великой Отечественной войне.

Позднее (в марте 1946 года) организация этой работы была регламентирована постановлением Правительства СССР (№664).

Не случайно у истоков создания АМН СССР стояли ведущие ученые – военные врачи: главный хирург Красной Армии генерал-полковник медицинской службы профессор Н.Н. Бурденко (первый президент академии), начальник Главного военно-санитарного управления генерал-полковник медицинской службы

Е.И. Смирнов, главный терапевт Красной Армии генерал-майор медицинской службы М.С. Вовси, начальник Военно-медицинской академии генерал-полковник медицинской службы Л.А. Орбели. Можно назвать много других имен выдающихся деятелей военной медицины, которые стали не только первыми действительными членами АМН СССР, но и вошли в состав редакционной коллегии будущего труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов».

Этот уникальный труд в 35 томах был подготовлен и издан всего за 5 лет (1951–1955 годы). В нем представлен глубокий анализ опыта работы медицинской службы в годы войны, охватывающий все отрасли клинической и профилактической медицины.

В ходе работы над «Опытом» и тем более после его издания становилось все более очевидным, что без анализа организационных аспектов деятельности медицинской службы исследование опыта ее работы в годы войны нельзя считать завершенным. По существу, речь идет о необходимости всестороннего изучения условий деятельности военной медицины, которые оказывают определяющее влияние на организацию и содержание ее работы.

Уместно вспомнить хорошо известное высказывание Н.И. Пирогова: «От администрации (организации), а не от медицины зависит и то, чтобы всем раненым без изъятия и как можно скорее была подана первая помощь, не терпящая отлагательства».

В силу ряда объективных обстоятельств – отсутствия фундаментальных историко-теоретических исследований опыта ведения операций в годы войны, организации работы Тыла Советских Вооруженных Сил, ограничений режимного характера и некоторых других – этот исторический пробел удалось восполнить лишь вначале 90-х годов прошлого столетия, когда был издан двухтомный труд «Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 годов».

Необходимо подчеркнуть, что современники постоянно обращаются к изучению и исследованию опы-

та этой большой войны, открывая для себя новые границы и преломляя ее уроки, основные выводы и принципы адаптации работы к новым условиям.

Одним из крупнейших достижений военной медицины в Великой Отечественной войне явилась практическая реализация принципов военно-полевой медицинской доктрины, обоснованных еще накануне войны и сформулированных на пятом пленуме Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, состоявшемся 26–28 февраля 1942 года.

Ее основные положения: единое понимание происхождения и развития болезни, принципов хирургической и терапевтической работы в военно-полевых условиях; наличие единых взглядов на методы профилактики и лечения поражений и заболеваний; преемственность и последовательность в выполнении медицинских мероприятий на этапах медицинской эвакуации, которая обеспечивается прежде всего наличием краткой и четкой медицинской документации. Установленные доктриной принципы *единства, последовательности и преемственности* лечебно-эвакуационных мероприятий исключали противоречия в выборе тактики оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных и обеспечивали тем самым надежность функционирования системы оказания медицинской помощи раненым и больным.

После Второй мировой войны в мире произошло более 200 военных конфликтов локального масштаба, в том числе в Афганистане и на территории Чеченской Республики.

Анализируя новый опыт медицинского обеспечения войск, в частности в Афганистане и Чечне, можно с уверенностью утверждать, что сформулированные доктринальные положения, проверенные опытом Великой Отечественной войны, не утратили своей актуальности и сегодня.

Они по-прежнему остаются общеметодологической базой для обоснования принципов организации работы и тактики применения медицинских сил и средств, оказания медицинской помощи раненым и больным, проведения противоэпидемических мероприятий, построения всей системы медицинского обеспечения войск (сил) применительно к современным условиям ведения боя (операции).

Подчеркивая весомый вклад опыта медицинского обеспечения войск в Великой Отечественной войне в развитие военной медицины, прежде всего необходимо отметить крайне отрицательное влияние на организацию медицинского обеспечения войск в начальный период войны просчетов военно-политического руководства страны накануне войны.

Исходя из ошибочной доктринальной установки – ставка на ведение войны «малой кровью» на чужой территории – военно-медицинская инфраструктура (основные склады, мобилизационные запасы, лечебные учреждения) формировалась и размещалась вблизи старой границы (на территории Белоруссии, Украины, под Смоленском).

Около 40% всех врачей и 36% больничных коек, то есть более 1/3 общего их ресурса, которым распола-

гало советское здравоохранение в 1940 году, находилось в западной части страны, прилегавшей к государственной границе. В результате медицинская служба уже в первые месяцы войны потеряла значительную часть своих сил и средств. Нарушилось развертывание коечной сети Действующей армии за счет формируемых с началом войны эвакуационных госпиталей.

На 20.12.1941 года на Урал, в Сибирь и Среднюю Азию было перемещено около 35% госпитального коечного фонда, которым располагали медицинская служба Советской Армии и гражданское здравоохранение. На указанную дату бездействовало 175 тыс. коек, из них 66 тыс. находилось в пути, а 109 тыс. не могли быть использованы из-за отсутствия пригодных помещений.

Следует заметить, что подобная ситуация сложилась и накануне ввода войск в Афганистан. Оперативное оборудование территории приграничного ТуркВО (включая формирование военно-медицинской инфраструктуры) осуществлялось главным образом применительно к возможному применению войск на иранском направлении. Поэтому основные силы и средства медицинской службы ТуркВО (и соответственно наиболее развитая военно-медицинская инфраструктура) были сосредоточены на территории Туркмении, а основная группировка советских войск при вводе в Афганистан, как известно, – на совершенно другом направлении – Термез-Кабульском.

В последующем предпринимались меры по формированию необходимой военно-медицинской инфраструктуры на данном направлении, но для этого потребовалось много времени и средств.

Таким образом, чем достовернее прогноз развития сценариев военных событий на данной территории (в приграничном районе), тем рациональнее планируется и проводится ее оперативное оборудование и создаются необходимые условия для более эффективного использования сил и средств округа в интересах обеспечения группировки войск. Конечно, решение этой проблемы выходит за рамки ответственности только медицинской службы. Вместе с тем этот поучительный урок Великой Отечественной войны убедительно показывает, насколько необходимы для эффективного управления медицинской службой знание вопросов планирования операций, а также своевременная и всесторонняя оценка оперативно-стратегической обстановки.

Маршал Советского Союза А.М. Василевский в предисловии к книге Е.И. Смирнова «Война и военная медицина» писал: «Внезапное нападение гитлеровской Германии на СССР в 1941 г. резко осложнило работу медицинской службы, которая была вынуждена заниматься не только лечением раненых, но и быстрой эвакуацией гарнизонных, окружных, а затем и эвакуационных госпиталей на сотни тысяч коек из районов, которым угрожала оккупация немецко-фашистскими войсками. Помню, как в то время комиссар Генерального штаба Ф.Е. Боков обратил мое внимание на слишком широкую осведомленность Е.И. Смирнова, который часто бывал в Генеральном штабе, о положении дел на фронтах. Однако начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии Е.И. Смирнов аргументировал необходимость знания



им не только текущей боевой обстановки, но и ее возможной ближайшей перспективы. Услышав от него конкретные цифры, характеризующие число раненых и госпиталей, подлежащих эвакуации, а также требуемых для этого поездов и эшелонов, времени, в течение которого это можно осуществить, я счел нужным не только сохранить status quo, но и время от времени информировать Е.И. Смирнова о ближайших перспективах положения дел на фронтах в период стратегической обороны». Далее он отмечал: «Неравномерность и неодновременность санитарных потерь в соединениях и объединениях связано с характером и особенностями армейских и фронтовых операций. Не зная и не изучая их, не проявляя систематического интереса к боевой обстановке, трудно управлять десятками и сотнями учреждений, так, чтобы не допустить перегрузки одних госпиталей (медсанбатов) и неполной занятости других».

Следует вспомнить и о приказе НКО СССР №701 от 10.09.1942 года «О недостатках в работе санитарной службы и о мерах их устранения», в котором командованию армий и фронтов предписывалось «систематически и своевременно ориентировать санитарных начальников в изменениях боевой обстановки».

Необходимо обратить внимание и на такую сложную проблему, как дефицит мобилизационного ресурса специалистов, особенно хирургов. Эта проблема сохранялась до конца войны. В начальный период войны она была особенно острой в связи с огромным некомплектом врачебного состава по штатам мирного времени, составлявшим на 1 января 1940 года, то есть за полгода до начала войны, 35,8% штатной численности врачей. К началу войны некомплект общих хирургов составлял 41,4%, нейрохирургов – 64%, окулистов – 24,2%, челюстно-лицевых хирургов – 43,7%.

Структура врачебного состава по специальностям в системе гражданского здравоохранения также не способствовала укомплектованию при мобилизации медицинской службы Советской Армии наиболее дефицитными в военное время специалистами – хирургами, эпидемиологами, нейрохирургами, офтальмологами, оториноларингологами, рентгенологами. Так, на конец 1940 года из общего числа имевшихся в стране врачей 66,7% составляли представители трех отраслей клинической медицины – терапии, педиатрии, акушерства и гинекологии. Доля хирургов составляла всего 8,8%. Удельный вес представителей профилактического направления в медицине (гигиенисты, эпидемиологи, бактериологи, вирусологи, паразитологи) – всего 8,8%.

С первых дней войны отчетливо выявились недостатки в подготовке руководящего звена медицинской службы.

В апреле 1943 года на VII Пленуме Ученого медицинского совета начальник Главного военно-санитарного управления Красной Армии Ефим Иванович Смирнов говорил: «Великая Отечественная война наглядно показала, насколько велика наша оплошность, что мы в высших военно-учебных заведениях готовили не руководящий состав военно-медицинской службы, а младших врачей полков. Плохо, когда медицинская

служба не имеет грамотных врачей. Но велика беда, когда военная медицина имеет хороших рядовых врачей, но не имеет подготовленных руководителей».

В этом же году в Военно-медицинской академии им С.М. Кирова после создания командно-медицинского и лечебно-профилактического факультетов началась целенаправленная подготовка руководящего состава медицинской службы.

Таким образом, постоянное внимание к совершенствованию системы подготовки специалистов различного профиля (в том числе офицеров запаса) с учетом прогноза потребности укомплектования медицинской службы в военное время – важнейшая предпосылка поддержания ее боеготовности.

Начало войны застало медицинскую службу Советской Армии в ходе перестройки организационно-штатной структуры и пересмотра на основе опыта советско-финляндской войны ряда положений, регламентирующих ее деятельность в военное время.

Так, подготовка ряда официальных документов медицинской службы, которая началась в 1940 году, не полностью была завершена до начала войны. Проект Наставления по санитарной службе Красной Армии и Указания по военно-полевой хирургии, подписанные к печати соответственно 5 и 7 июля 1941 года, вышли в свет уже в ходе войны. Всю войну медицинская служба руководствовалась проектом Наставления, регламентирующим ее деятельность только в тактическом масштабе (стрелковая рота – стрелковый корпус). Каких-либо официальных документов, излагающих хотя бы самые общие принципы медицинского обеспечения войск в армейских и фронтовых наступательных и оборонительных операциях, не было.

Проблема своевременной разработки и издания официальных документов, регламентирующих деятельность медицинской службы, актуальна и сегодня, в условиях формирования новых взглядов на масштабы и характер военных угроз, формы и способы применения войск (сил) и проведения соответствующих организационно-штатных преобразований в Вооруженных Силах.

Не менее сложными задачами, которые решались на всем протяжении войны, явились: обеспечение службы госпитальными койками, санитарно-транспортными средствами, медицинским имуществом, а также укомплектование медицинской службы личным составом.

В чем заключалась сложность и в то же время необходимость решения этих задач? Во-первых, медицинская служба несла весьма значительные потери в силах и средствах и их нужно было постоянно восполнять. Во-вторых, по мере развития военных событий наращивался боевой потенциал советских войск: развертывались вновь создаваемые соединения, армии, фронты с соответствующим комплектом сил и средств медицинской службы.

Так, по данным Е.И. Смирнова, в июле 1941 года началось дополнительное формирование эвакуогоспиталей на 750 000 коек. Это составляло примерно 1600 госпиталей. Кроме того, с начала войны по 1 декабря 1941 года были сформированы: 291 дивизия с медсан-



батами, 94 стрелковые бригады с медико-санитарными ротами, 380 подвижных полевых госпиталей, 38 рот медицинского усиления, 12 госпиталей для лечения легкораненых, 37 управлений полевых эвакуационных пунктов, 79 эвакуационных пунктов. В 1941 году, если не считать медико-санитарных рот стрелковых полков и отдельных танковых бригад, было сформировано более 3750 медицинских учреждений, каждое из которых должно было иметь минимум от 3 до 7 хирургов.

Создание новых формирований медицинской службы продолжалось достаточно интенсивно и, как правило, с нарастающим итогом до середины 1944 года.

Существенную помощь в обеспечении медицинскими кадрами оказали штатные резервы медицинского состава, созданные в мае 1942 года при ГВСУ (на 300 человек), а также в округах и на фронтах (на 25–50 человек).

Наиболее остро на протяжении всей войны ощущался недостаток госпитальных коек, который пытались компенсировать прежде всего развертыванием госпиталей. Очевидно, что это в большей или меньшей степени сказывалось отрицательно не только на условиях размещения, обслуживания раненых и больных, на сроках и качестве оказываемой им медицинской помощи, но и на окончательных результатах лечения. Вторым способом хотя бы частичной ликвидации острого дефицита госпитальных коек, применявшимся значительно реже, было перераспределение госпиталей (и других средств) между фронтами в целях усиления тех объединений, которым предстояло вести активные боевые действия и которые испытывали в них наибольшую потребность. Однако реализация такого перераспределения всегда сопровождалась значительными трудностями. ГВСУ, не имея в своем непосредственном подчинении резерва лечебных учреждений, было лишено возможности оперативно реагировать даже на остро возникающие потребности медицинской службы фронтов в их усилении госпитальными средствами.

Этот урок войны достаточно поучителен и в современных условиях для решения таких задач, как определение объемов и номенклатуры материальных средств, содержащихся в запасах, их эшелонирование с учетом прогноза масштабов и характера военных угроз на вероятных направлениях применения войск (сил), создание достаточного и боеготового резерва медицинских сил и средств Центра и округов, организация подготовки кадров и мобилизационного резерва, обеспечение готовности ряда стационарных и военно-полевых госпиталей к сверхштатному развертыванию коек без существенного ущерба для раненых (больных) и ряда других вопросов, от решения которых в мирное время зависит уровень боеготовности службы.

В послевоенные годы и в настоящее время особое внимание уделяется развитию и совершенствованию мобильного комплекта медицинских сил и средств постоянной готовности.

Опыт организации медицинской помощи пострадавшим при аварии на АЭС в Чернобыле, землетрясении в Армении, железнодорожных катастрофах в Арзамасе, Свердловске, Башкирии, а также в военных событиях

в Афганистане и на территории Чечни убедительно показал необходимость наличия такого подвижного резерва, предназначенного для применения прежде всего в догоспитальном районе, который формируется при любых условиях развития чрезвычайной ситуации мирного времени или военного конфликта.

Одним из самых больших достижений советской военной медицины, не потерявшим до сих пор своего теоретического и практического значения, является успешно действовавшая и постоянно совершенствовавшаяся в ходе войны система лечебно-эвакуационного обеспечения войск – система этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению. В отличие от всех лечебно-эвакуационных систем прошлого она характеризовалась тесной, органической увязкой мероприятий по оказанию различных видов медицинской помощи раненым и больным, их лечению с медицинской эвакуацией.

Лечебно-эвакуационное обеспечение войск во время Великой Отечественной войны представляло собой сложную высокоорганизованную систему, успешное функционирование и совершенствование которой возможно, как свидетельствует опыт войны, только на основе развитой материально-технической базы военного и гражданского здравоохранения и общих, принятых на военное время принципов организации работы и методов управления их силами и средствами, обеспеченными подготовленными руководящими кадрами и достаточным числом квалифицированных специалистов.

Так, основополагающую идею военно-полевой медицинской доктрины – эвакуацию по назначению – в наиболее полном виде удалось претворить в жизнь лишь в операциях завершающего этапа войны, когда была создана абсолютно необходимая для этого материально-техническая база – сеть специализированных военно-полевых учреждений армий и фронтов.

Опыт войны подтвердил определяющую роль в лечебно-эвакуационной системе своевременного оказания первой медицинской помощи, сбора и эвакуации раненых с поля боя.

Конечно, весьма положительное влияние на успех этих мероприятий оказал приказ Народного комиссара обороны СССР «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу» (№281 от 23 августа 1941 года), согласно которому к медали «За боевые заслуги» или «За отвагу» представляли тех, кто вынес с поля боя 15 человек, к ордену Красной Звезды – 25 человек, Красного Знамени – 40 человек, к ордену Ленина – 80 человек.

Однако опыт показал, что во всех операциях Великой Отечественной войны подавляющую часть потерь медицинской службы (и безвозвратных, и санитарных) составляли санитарные инструкторы и санитары. Восполнение убыли этой категории медицинского состава и в прошлом, и в настоящем представляет собой серьезную проблему. Его всегда будет не хватать.

Поэтому решение задачи своевременного оказания первой помощи раненому на поле боя



не может быть обеспечено только усилиями младшего медицинского состава.

Во время войны первая медицинская помощь была оказана санитарями и санитарными инструкторами только 53% раненых, а 38,2% приходилось на само- и взаимопомощь.

Исходя из этого повышение уровня знаний и приобретение практических навыков по оказанию первой медицинской помощи не только военнослужащих, но и всего гражданского населения является задачей государственной важности.

Опыт Великой Отечественной войны, как и последующих локальных конфликтов, свидетельствует о том, что непереносимым условием радикального улучшения качества оказания первой и доврачебной помощи, сокращения сроков доставки раненых и больных на этапы медицинской эвакуации, а следовательно, и сроков оказания всех видов медицинской помощи, уменьшения летальности и улучшения результатов лечения является коренное техническое перевооружение медицинской службы средствами сбора и эвакуации раненых и больных, создание современных колесных и гусеничных санитарных бронетранспортеров, оснащение ее санитарными вертолетами.

Этот вывод, вытекающий из опыта войны, – один из приоритетов современного строительства медицинской службы Вооруженных Сил.

Решающее значение для реализации в годы Великой Отечественной войны принципов этапного лечения с эвакуацией по назначению имела квалифицированная медицинская помощь, оказываемая на дивизионных медицинских пунктах (ДМП) и в хирургических полевых подвижных госпиталях (ХППГ) первой линии, а также начинающаяся с этих этапов эвакуация по назначению.

Во время Великой Отечественной войны существовала теоретическая установка, в соответствии с которой на ДМП (в «главных операционных войсковых районах») потребность в оперативных вмешательствах составит 70–80% от входящего потока раненых. Фактически оперируемость раненых на ДМП даже в операциях заключительного периода войны, как правило, не превышала 45–55%.

Одной из основных причин систематического невыполнения упомянутой установки явилась необеспеченность медико-санитарных батальонов соответствующими силами и средствами.

В ходе войны организационно-штатная структура МСБ изменялась четыре раза. В результате численность его личного состава сократилась с 253 до 90 человек, количество врачей – с 25 до 12, в том числе хирургов – с 15 до 8. Причем хирургические должности часто были не укомплектованы или замещались врачами общей практики. Е.И. Смирнов в 1942 году на 5-м пленуме Ученого медицинского совета совершенно правильно говорил о том, что ни одно государство не могло и не сможет в будущем иметь в мирное время такое количество хирургов, которого бы хватило для нужд военного времени. Но в этом случае вряд ли было правильно ставить невыполнимые задачи и не уточнять их на протяжении всей войны.

Кроме этого, в условиях массовых поступлений раненых, особенно в оборонительных операциях, объем квалифицированной хирургической помощи вынужденно ограничивался оперативными вмешательствами только по жизненным показаниям.

В послевоенный период на основании полученного опыта были обоснованы положения о разделении мероприятий квалифицированной хирургической помощи по срочности их оказания, о неизбежности и необходимости маневрировать объемом оказываемой в отдельных медицинских батальонах и отдельных медицинских отрядах помощи в зависимости от конкретных условий боевой и медицинской обстановки.

Анализ опыта организации квалифицированной хирургической помощи раненым в условиях военных конфликтов локального масштаба показал, что ее объем должен включать неотложные хирургические операции и мероприятия интенсивной терапии с целью подготовки раненых к эвакуации по назначению. Расширение объема помощи возможно только при осложнении эвакуации (отсутствие транспорта, погодные условия и т.п.).

Если эвакуация по назначению начиналась с этапа ДМП, на котором наряду с оказанием медицинской помощи раненым и больным осуществлялась их сортировка, то завершалась она на этапах госпитальных баз армий, фронтов, тыла страны, имеющих в своем составе соответствующие специализированные лечебные учреждения.

Широкая специализация медицинской помощи явилась наиболее характерной, определяющей особенностью лечебно-эвакуационной системы Советской Армии во время Великой Отечественной войны, отличающей ее от всех предшествующих систем. Причем специализированная помощь с каждым годом войны становилась все более дифференцированной.

Дифференциация специальностей – это закономерный процесс развития медицины. Чем раньше раненый (больной) попадет к специалисту, тем благоприятнее исход его лечения. Поэтому решение вопросов рациональной профилизации госпиталей (в соответствии с ожидаемой величиной и структурой входящего потока раненых и больных) и поиск организационных решений приближения специализированной медицинской помощи к раненому (больному) имеют решающее значение для построения эффективной лечебно-эвакуационной системы независимо от масштабов и характера военных конфликтов (чрезвычайных ситуаций).

Опыт Великой Отечественной войны внес весомый вклад в развитие организационных форм специализированной медицинской помощи для условий военных конфликтов современности.

Так, в ходе войны широко использовались для усиления или специализации госпиталей общего профиля группы специалистов из отдельных рот медицинского усиления госпитальных баз армий и фронтов.

Этот опыт на новом организационно-техническом уровне нашел применение и в операциях на территории Афганистана. Специализированные группы формировались за счет специалистов армейского госпиталя и других учреждений 40 армий, оснащались не-



обходимым имуществом и оборудованием и направлялись в ближайшие к району боевых действий отдельные медицинские батальоны (роты), военные госпитали, в которые планировалась эвакуация раненых с поля боя. Состав и оснащение этих групп определялись исходя из прогноза развития обстановки, ожидаемых величины и структуры санитарных потерь. В основном они выполняли задачи усиления медицинской части (учреждения) с целью качественного оказания квалифицированной медицинской помощи раненым и больным. Но в ряде случаев предусматривалась существенная перестройка в организации развертывания и работы функциональных подразделений этапа, которая обеспечивала необходимые условия для выполнения определенного объема мероприятий специализированной помощи, то есть осуществлялась его специализация.

Так, в подготовительный период Панджшерской операции отдельный медицинский батальон (Баграм), куда планировалось направлять основной поток раненых из района боевых действий, был усилен специалистами, оборудованием и оснащением для развертывания необходимых подразделений. Помимо типовых функциональных подразделений в составе были развернуты три операционные и перевязочная. Операционные – для раненных:

- в грудь, живот, таз и с торакоабдоминальными повреждениями;
- в голову, шею и позвоночник;
- в конечности.

Перевязочная – для раненных в мягкие ткани и с повреждением мелких костей.

В ходе операции там было принято 88,5% всех раненых, остальные были эвакуированы непосредственно в армейский госпиталь. Это было оправдано обстановкой и возможностями существенного усиления данного этапа.

Позднее, по итогам анализа опыта Афганистана, военно-полевыми хирургами была обоснована концепция неотложной специализированной хирургической помощи.

Характер боевых повреждений, свойственный условиям Афганистана (множественность и сочетанность, утяжеление травмы, обусловленное синдромом взаимного отягощения), диктовал необходимость раннего специализированного вмешательства как единственного средства для спасения жизни раненого.

Концепция неотложной специализированной хирургической помощи была реализована на практике в ходе медицинского обеспечения войск при проведении контртеррористических операций на территории Чечни.

Развитие организационных форм специализированной медицинской помощи взаимозависимо и связано с эволюцией средств и методов ее оказания, а также соответствующим уровнем подготовки специалистов. Поэтому, чтобы специализировать военно-полевое учреждение на уровне современного понимания содержания специализированности пособия, необходимо решить не только ряд организационно-методических задач, но и создать для этого принципиально иную материально-техническую базу.

В настоящее время исходя из оценок современного оснащения военно-медицинской службы наиболее реальной базой для специализации учреждения (согласно концепции неотложной специализированной медицинской помощи) является стационарный (гарнизонный) госпиталь, который территориально соответствует вероятному направлению действий войск.

Современное состояние средств полевого развертывания (палаточный фонд и устаревшая полевая мебель) не может обеспечить требуемые условия обитаемости как для функционирования специального лечебно-диагностического оборудования, так и полноценного лечения раненых и больных. Поэтому другие варианты использования военно-медицинских учреждений с целью их специализации сегодня могут рассматриваться лишь теоретически с учетом перспективы создания новых технологий военно-полевого и «двойного» назначения.

Таким образом, создание предпосылок для дальнейшего развития организационных форм специализированной медицинской помощи раненым и больным явилось одним из важнейших итогов опыта медицинского обеспечения войск в Великой Отечественной войне.

Организационно оформленная и действовавшая во время войны система лечебно-эвакуационного обеспечения, являясь крупным достижением отечественного военного и гражданского здравоохранения, не была лишена и определенных недостатков.

Наиболее существенным из них явилось развертывание большого числа промежуточных этапов медицинской эвакуации, что отрицательно сказывалось на результатах лечения, приводило к увеличению его сроков и ухудшению исходов.

Это было продиктовано объективно существовавшими условиями эвакуации раненых и больных, основным средством которой во фронтовом тыловом районе и в тылу страны был железнодорожный транспорт. Использование различных его типов – военно-санитарных летучек, временных и постоянных военно-санитарных поездов, работавших на разных участках железных дорог, – неизбежно приводило к необходимости последовательной перегрузки эвакуируемых, а следовательно, и к развертыванию в местах этой перегрузки соответствующих эшелонов госпитальных баз.

Однако это – объективные условия, которые следует учитывать и при моделировании вариантов развития обстановки в современной войне.

Вместе с тем имели место и недостатки в системе управления лечебно-эвакуационным процессом, обуславливающие так называемую многоэтапность.

Отчасти это было связано с отсутствием официальных документов, регламентирующих организацию лечебно-эвакуационного обеспечения войск в армейском и фронтовых районах, о чем уже упоминалось выше. Сложившуюся ситуацию можно было исправлять только путем оперативного управления. В этом отношении заслуживают внимания служебные письма начальника ГВСУ Красной Армии Е.И. Смирнова по организационным вопросам военной медицины, которые он



адресовал в ходе войны начальникам медицинской службы армий, фронтов, корпусов.

Так, обращая внимание на неоправданные факты последовательной эвакуации с этапа на этап, в частности из МСБ в ППГ 1-й линии, и подчеркивая, что это противоречит принципу эвакуации по назначению, в одном из своих писем он отмечал: «... многоэтапность есть признак некультурной работы, есть признак элементарной безграмотности санитарного начальника – если эта многоэтапность не диктуется условиями боевой обстановки».

Конечно, медицинская служба во время Великой Отечественной войны не имела достаточного количества санитарных самолетов, вертолетов, других транспортных средств, которые могли бы обеспечить эвакуацию раненых и больных непосредственно в госпитальные базы, минуя предшествующие им эшелоны.

Поэтому одним из приоритетов военно-медицинского строительства в послевоенный период, включая современный этап развития военной медицины, является материально-техническое перевооружение медицинской службы, предусматривающее не только создание современного парка авиасанитарных и других транспортных средств эвакуации, но и внедрение новых эффективных технологий в систему медицинского обеспечения войск.

В условиях боевых действий на территории Чечни около 70% раненых эвакуировано непосредственно в госпитали авиационным транспортом. При этом сроки доставки тяжелораненых в госпитали 1-го эшелона (гг. Моздок, Владикавказ), в которых обеспечивалось оказание им неотложной специализированной медицинской помощи, составляли 2–3 часа. В результате исходы лечения раненых оказались значительно более благоприятными, чем в других военных конфликтах XX столетия.

В годы Великой Отечественной войны многое сделано в области организации и внедрения в практику методов медицинского контроля за состоянием здоровья личного состава войск, санитарного надзора за водоснабжением, питанием и размещением войск в полевых условиях. Были освоены и уверенно применялись комплексы гигиенических мероприятий, вызванных теми или иными конкретными условиями жизнедеятельности войск и ведения операций (предупреждение отморозжений и витаминной недостаточности в зимнее время, профилактика озноблений нижних конечностей во время обороны в болотистых районах, организация санитарной обработки личного состава, профилактика кишечных инфекций, паразитарных тифов и т.п.).

В Действующей армии эффективно функционировала созданная система санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения, оснащенная специальными силами и средствами, эшелонированными от фронта к тылу. Это позволяло своевременно проводить необходимые лабораторные гигиенические исследования и другие профилактические мероприятия в интересах поддержания санитарно-эпидемиологического благополучия войск.

Совершенствовались организация и методы проведения мероприятий по выявлению, локализации и ликвидации очагов эпидемических заболеваний в войсках и среди местного населения, особенно в районах, освобождаемых от войск противника. При организации и проведении противоэпидемических мероприятий в эпидемических очагах обеспечивались преемственность в деятельности войсковых, армейских и фронтовых сил и средств медицинской службы, комплексный характер их работы, завершавшейся ликвидацией эпидемического очага.

Одним из основных мероприятий, которое и сегодня определяет эффект в предупреждении развития эпидемических заболеваний, являлось раннее и активное выявление заболевших, их немедленная изоляция с последующей госпитализацией.

Широкое применение в годы войны получила специфическая профилактика инфекционных болезней. В послевоенный период это направление профилактики оказалось достаточно результативным, что объясняется созданием новых и постоянным совершенствованием существующих средств специфической профилактики заболеваний в направлении повышения их эффективности.

В условиях боевых действий в Чечне, во многом благодаря специфической профилактике ряда актуальных для войск инфекций, удавалось поддерживать санитарно-эпидемиологическое благополучие войск.

Можно с уверенностью утверждать, что опыт Великой Отечественной войны в области организации противоэпидемической защиты войск имеет непреходящее значение как для современников, так и будущих поколений военных врачей.

Следует обратить внимание на еще один важный для военной медицины итог Великой Отечественной войны: медицинская служба приобрела весьма ценный опыт в управлении медицинским обеспечением войск в операциях.

Достаточно отметить, что в начале войны в органах управления медицинской службы армий и фронтов отсутствовали единые требования, единые подходы ко многим компонентам управления, в частности, к планированию медицинского обеспечения войск в операциях, к формам планирующих документов, к методикам расчета санитарных потерь, определения потребности в силах и средствах медицинской службы, к организации взаимодействия. Это объяснялось не только отсутствием соответствующих официальных документов, но и недостаточным уровнем подготовки кадрового состава медицинской службы по организационным вопросам военной медицины.

Наличие подготовленного кадрового медицинского состава – одно из главных условий успешного управления медицинской службой в мирное и особенно в военное время.

Современная военная медицина имеет все основания гордиться успешно функционирующей в настоящее время рациональной системой первичной подготовки военных врачей, их специализации и совершенствования.



ния. Это имеет особое значение, так как в военное время медицинская служба пополняется огромным числом врачей запаса, не располагающих, как правило, достаточными военно-медицинскими знаниями.

Уместно напомнить, что к началу Великой Отечественной войны в армии было всего 12 418 кадровых военных врачей, а было призвано из запаса в ходе войны более 80 000 врачей. Поэтому во время войны кадровые военные врачи любого уровня и любой специальности должны суметь объединить усилия своих коллег, призванных из запаса, научить их действовать в специфических и сложных военно-полевых условиях.

Опыт войны показал, что за каждой «вынужденной» ошибкой в планировании медицинского обеспечения войск, несвоевременно принятыми и реализованными решениями стояли жизни и здоровье тысяч и тысяч пораженных в бою и больных. Это еще раз подчеркивает актуальность и значимость вывода о том, что начальник медицинской службы, несущий всю полноту моральной и юридической ответственности за правильность и своевременность принимаемых решений, должен владеть необходимой ему для этого и достаточно полной оперативной информацией.

Несомненно, главный вклад медицинской службы в Победу – это возвращение в строй большого числа раненых и больных. Хорошо известны относительные данные о том, что медицинская служба вернула в строй 72,3% раненых и 90,6% больных солдат и офицеров.

Абсолютное число раненых и больных, возвращенных в строй за все годы войны, составило около 17 млн. человек.

Исходя из этого авторы труда «Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 годов» делают вполне закономерный вывод: «Если сопоставить эту цифру с численностью войск Советской Армии на советско-гер-

манском фронте в годы войны (от 3 млн. 394 тыс. человек к 1 декабря 1942 года до 6 млн. 700 тыс. человек к 1 января 1945 года), становится очевидным, что война была выиграна в значительной степени солдатами и офицерами, возвращенными в строй медицинской службой. Героический труд, невероятные усилия труженников тыла дали армии необходимое количество танков, самолетов, вооружения, других материальных средств. Но обеспечить восполнение потерь в личном составе, постоянное укомплектование армии, а тем самым ее боеспособность могла только медицинская служба».

Весьма показательны данные о количестве возвращенных в строй раненых и больных по отдельным фронтам и календарным периодам некоторых операций. Так, в труде «Тыл Советских Вооруженных Сил в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов» сказано: «Медицинская служба 1-го Украинского фронта... только за первое полугодие 1944 года возвратила в строй свыше 286 тыс. раненых и больных воинов. Этого личного состава было достаточно для укомплектования почти 50 дивизий того времени. Медицинская служба 2-го Украинского фронта за последние два года войны вернула в войска 1055 тыс. воинов».

Е.И. Смирнов своей книге «Фронтное милосердие» пишет: «Военная медицина из службы призрения за пораженными в боях и больными в прошлых войнах превратилась в один из основных источников пополнения Действующей армии опытными в боевом отношении солдатами и офицерами, возвращенными в строй после лечения».

Героический труд медицинских работников в годы войны высоко оценен Родиной. Орденами награждены 8 медико-санитарных батальонов, 39 военных госпиталей, ордена и медали вручены свыше 116 тыс. врачей, фельдшеров, медицинских сестер, санитарных инструкторов, а 43 медика удостоены звания Героя Советского Союза.