ФМБА РОССИИ
Федеральное медико-биологическое агентство

Медико-биологический университет
инноваций и непрерывного образования
ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России

Адрес: г. Москва, ул. Живописная, д. 46, стр. 8
Тел.: 8 (499) 190-96-92
Сайт: www.mbufmbc.ru

Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н., Качанова Н.А., Бызов А.В., Реза А.В., Акиньшин А.В., Демина И.А., Маслов П.В.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ГРАЖДАНСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Учебное пособие

Москва, 2026

Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации —
Федеральный медицинский биофизический центр
имени А.И. Бурназяна»
МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИННОВАЦИЙ И НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н., Качанова Н.А.,
Бызов А.В., Реза А.В., Акиньшин А.В.,
Демина И.А., Маслов П.В.**

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В ГРАЖДАНСКИЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Учебное пособие

Москва 2026

УДК 355.424.8
ББК 51.1(2Рос),236
Г65

Гончаров С.Ф., Баранова Н.Н., Качанова Н.А., Бызов А.В., Реза А.В., Акиньшин А.В., Демина И.А., Маслов П.В. Организация и проведение медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения в гражданские лечебные медицинские организации. Учебное пособие. — М.: ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026. — 74 с.

Авторы:

Гончаров Сергей Федорович — академик РАН, д.м.н., профессор, главный внештатный специалист по медицине катастроф ФМБА России, главный консультант руководителя ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Баранова Наталья Николаевна — д.м.н., доцент, начальник Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Качанова Наталья Александровна — преподаватель кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

Бызов Алексей Владимирович — заведующий лечебно-эвакуационным отделением, врач — анестезиолог-реаниматолог Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

Реза Андрей Владимирович — преподаватель кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна;

Акиньшин Андрей Васильевич — врач-методист Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи ФГБУ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна, к.м.н.;

Демина Ираида Алексеевна — слушатель факультета переподготовки и повышения квалификации ФГКВОУВО «Военная академия Генерального штаба Вооруженных Сил Российской Федерации»;

Маслов Павел Васильевич — аспирант кафедры медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи МБУ ИНО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна.

Рецензенты:

Бобий Б.В. — д.м.н., профессор кафедры «Медицины катастроф» ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России;

Потапов В.И. — д.м.н., заведующий научным отделом организации экстренной медицинской помощи ГБУЗ особого типа МТНПЦМК (ЦЭМП) ДЗМ, профессор.

Разработаны общие положения по организационно-методическому обеспечению проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения из госпитальных баз в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспортных средств, включая структуру взаимодействия задействованных органов управления, медицинских организаций, мобильных медицинских формирований различного ведомственного подчинения; организацию работы эвакуационных приемников; особенности проведения медицинской эвакуации железнодорожным, воздушным, водным, автомобильным транспортом.

ISBN 978-5-93064-463-0

© ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ. 4
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ 6
ВВЕДЕНИЕ 7
1. РОЛЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 15
1.1. Терминология, определение понятий и история вопроса 15
1.2. Органы управления специальными формированиями здравоохранения 36
2. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ИЗ ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗ В ЛЕЧЕБНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ГРАЖДАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 40
2.1. Анализ экспертных оценок по общим вопросам организации и проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих 40
2.2. Анализ опыта организации и проведения медицинской эвакуации при лечебно-эвакуационном обеспечении специальной военной операции 44
2.2.1. Организация и проведение медицинской эвакуации железнодорожным транспортом 47
2.2.2. Организация и проведение медицинской эвакуации воздушным транспортом 51
2.2.3. Организация и проведение медицинской эвакуации автомобильным транспортом 62
2.3. Анализ работы эвакуационного приемника как этапа медицинской эвакуации в современных условиях 63
2.4. Резюме 66
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 68
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 74

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Военно-санитарная летучка — разновидность временного военно-санитарного поезда, состоящего только из немодифицированных железнодорожных вагонов, предназначенного для медицинской эвакуации раненых и больных на короткие расстояния.

Военно-санитарный поезд — подвижное железнодорожное военно-медицинское учреждение, предназначенное для перевозки раненых и больных с лечением и бытовым обслуживанием их в пути следования. Включает вагоны для перевозки раненых и больных, размещения медицинского и обслуживающего персонала (команды), бытового назначения.

Госпитальная база — совокупность лечебных учреждений, входящих в состав медицинской службы армии, объединения, военного округа или находящихся во внутреннем районе и объединяемых соответствующими органами управления.

Медицинская эвакуация железнодорожным транспортом — комплекс организационных, медицинских, санитарно-гигиенических, противоэпидемических, технических мероприятий, выполняемых с привлечением железнодорожного транспорта, проводящихся в догоспитальном и госпитальном периодах для спасения жизни и сохранения здоровья раненых и больных, в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи, с проведением во время транспортировки мероприятий по оказанию медицинской помощи.

Санитарно-авиационная медицинская эвакуация — транспортировка граждан воздушными судами в целях спасения жизни и сохранения здоровья раненых и больных, в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях.

Специальные формирования здравоохранения — органы управления и медицинские учреждения, создаваемые в период мобилизации и военное время для выполнения задач по медицинскому обеспечению личного состава Вооруженных Сил РФ.

Тыловой госпиталь здравоохранения — специальное формирование здравоохранения, предназначенное для приема раненых и больных военнослужащих, поступающих из госпи-

тальных баз, войск военных округов (в том числе, из очагов массовых санитарных потерь), оказания им специализированной медицинской помощи, лечения до определившихся исходов и реабилитации.

Управления военных сообщений Министерства обороны РФ — специальные оперативные органы управления, являющиеся представителями МО РФ на железнодорожном, морском, внутреннем водном и воздушном транспорте. Обеспечивают взаимодействие военного командования с транспортными организациями соответствующих министерств по использованию транспорта в интересах ВС, организуют все виды воинских перевозок, разрабатывают и предъявляют специальные требования по подготовке и использованию путей сообщения и транспорта, осуществляют контроль за их выполнением. К органам управления ВОСО относятся: Центр. управление ВОСО, ВОСО воен. округов, флотов, объединений видов ВС, линейные — управления ВОСО на железнодорожных, морских, речных бассейнах, воздушных трассах гражданской авиации, комендатуры ВОСО железнодорожных (водных) участков, станций, портов, аэропортов.

Эвакуационный пункт — в военное время группа лечебно-эвакуационных учреждений, а также санитарно-транспортных средств, объединенная общим управлением и имеющая задачей проводить прием раненых, больных, оказывать им квалифицированную медицинскую помощь и осуществлять последовательную медицинскую эвакуацию в лечебные учреждения в тыл страны. Эвакуационные пункты располагаются обычно в узлах путей сообщения, ведущих в тыл страны. Различают полевые, распределительные, местные, вспомогательные и др. эвакуационные пункты.

Экстренная медицинская помощь — медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь — медицинская помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

АМедБр	авиамедицинская бригада
БрСМП	бригада скорой медицинской помощи
ВВСП	временный военно-санитарный поезд
ВС РФ	Вооруженные силы Российской Федерации
ВСБр	врачебно-сестринские бригады
ВСП	военно-санитарный поезд
ГШ	Генеральный штаб
ЛМО	лечебная медицинская организация
ЛЭМ	лечебно-эвакуационные мероприятия
ЛЭО	лечебно-эвакуационное обеспечение
ММВ	модуль медицинский вертолетный
ММС	модуль медицинский самолетный
ММФ	мобильное медицинское формирование
МО РФ	Министерство Обороны Российской Федерации
МЭЖТ	медицинская эвакуация железнодорожным транспортом
МЭП	местный эвакуационный пункт
ОП	обсервационный пункт
ОЭП	окружной эвакуационный пункт
ПМГ	полевой мобильный госпиталь
РЭП	распределительный эвакуационный пункт
САЭ	санитарно-авиационная эвакуация
СМП	скорая медицинская помощь
СТС	санитарное транспортное судно
СФЗ	специальное формирование здравоохранения
ТГЗ	тыловой госпиталь здравоохранения
ТСО	транспортное санитарное оборудование
УМЭП	Управление местного эвакуационного пункта
УРЭП	Управление распределительного эвакуационного пункта
ЭГ	эвакуационный госпиталь
ЭК	эвакуационная комиссия
ЭП	эвакуационный пункт
ЭМП	экстренная медицинская помощь
ЭПр	эвакоприемник

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы разработки технологии системы организации и применения лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения (ЛМО ГЗ) для приема, оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных военнослужащих и их медицинской эвакуации в условиях военных конфликтов определяется ростом глобальной и региональной нестабильности в процессе формирования новой полицентричной модели мироустройства. В странах НАТО и соседних с Россией государствах идут процессы милитаризации и гонки вооружений. В ходе Специальной военной операции (СВО) при разрешении конфликтов военным путем осуществляется развитие системы национальной безопасности страны, в том числе сферы здравоохранения.

Данное положение указывает на необходимость на научной основе заниматься проблемой готовности органов управления здравоохранением, ЛМО ГЗ, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в условиях продолжительных крупномасштабных военных конфликтов.

Ведение войн и вооруженных конфликтов, в том числе проведение СВО, неразрывно связано с массовыми санитарными потерями и, соответственно, проведением лечебно-эвакуационных мероприятий, составной частью которых является медицинская эвакуация.

В современных условиях приоритетное внимание должно быть уделено комплексным исследованиям проблем безопасности, осуществлению фундаментальных и поисковых научных исследований в интересах обороны страны и безопасности государства (Из Постановления Общего собрания членов РАН от 28 мая 2024 года «О 300-летнем юбилее РАН, основных результатах работы РАН в отчетном периоде и о приоритетных направлениях ее деятельности») [32–36].

Научные исследования, проводимые в области военной медицины многогранны и направлены на спасение жизни комбатантов, устранение жизнеугрожающих последствий ранений и травм, сохранение и продление профессионального долголетия военнослужащих, разработку и оценку эффективности перспек-

тивных технологий медицинского обеспечения военнослужащих, а также апробацию и внедрение новых способов лечения больных, раненых и пострадавших на всех этапах оказания медицинской помощи в мирное и военное время [32–36].

В современных войнах противоборствующими сторонами важнейшая роль отводится дистанционному воздействию на противника путем широкого применения ствольной и реактивной артиллерии, авиации, ракетного оружия, при этом поражение объектов может осуществляться на всю глубину территории. Еще одной важнейшей чертой войн последнего времени стало изменение методологии применения обычных вооружений, а также широкое применение беспилотных летательных аппаратов как для целей разведки и корректировки огня, так и в качестве ударных средств для нанесения огневого поражения противнику, не исключается применение оружия, основанного на новых физических принципах.

Ведение боевых действий в таких условиях отчетливо сказывается на характере и структуре санитарных потерь противоборствующих сторон, а также на порядке оказания медицинской помощи раненым.

Слаженная работа системы военного здравоохранения привела к существенному снижению госпитальной летальности (по сравнению с прошлыми военными конфликтами) — менее 1,0% от числа раненых, доставленных на этапы медицинской эвакуации. Такие результаты достигнуты, несмотря на значимо возросшую кинетическую энергию поражающих элементов современных боеприпасов, широкое применение реактивных систем залпового огня и боевых дронов, закономерно приведших к высокому проценту сочетанных и множественных повреждений, отрывов конечностей, обширных дефектов костей и мягких тканей. Военная медицина претерпела существенную модернизацию, проявившуюся в улучшении качества оказания первой помощи, тактической и стратегической медицинской эвакуации, оптимизации оказания хирургической и терапевтической помощи на каждом из этапов, внедрении передовых научных разработок в клиническую практику.

Тяжелый груз ответственности за лечение раненых лег и на многие учреждения Минздрава России и ФМБА России, а также на плечи многочисленных гражданских врачей вновь

обретенных субъектов Российской Федерации, приграничных территорий и всей страны в целом. Благодаря единой системе лечения раненых, их медицинской и социальной реабилитации, в которой задействованы как военно-медицинские организации, так и гражданские медицинские организации, удалось вернуть в строй 98,0% военнослужащих (72,0% — в ВОВ, 80,0% — в войне в Афганистане, до 90,0% — в ходе конфликтов на Северном Кавказе, 97,0% — в ходе конфликта в Сирии).

Несмотря на тяжелый труд специалистов, в период СВО непрерывно ведутся научные работы фундаментального и прикладного характера, имеющие целью улучшение качества оказания помощи раненым и больным [32–36].

Как при проведении СВО, так и в прошедших войнах и вооруженных конфликтах медицинская эвакуация раненых и больных является важным компонентом системы лечебно-эвакуационного обеспечения группировок войск (сил). Медицинская эвакуация воздушным, железнодорожным, автомобильным и водным транспортом — это сложный процесс, способствующий своевременному оказанию медицинской помощи, сохранению жизни, здоровья военнослужащих и возвращению их в строй. Организация и проведение медицинской эвакуации непрерывно изучается и подвергается анализу с целью совершенствования и адаптации к реальным условиям ведения боевых действий.

Для эвакуации раненых и больных используются различные транспортные средства: санитарные (бронированные медицинские машины, автомобили, автобусы, специальные санитарные и санитарно-транспортные самолеты и вертолеты, военные санитарные поезда, различные виды водного транспорта и др.), штатные грузовые автомобили подразделений, частей и организаций медицинской службы различных ведомств, приспособленных для перевозки раненых и больных военнослужащих, транспорт общего назначения.

Опыт проведения СВО показывает, что в условиях длительного вооруженного конфликта также необходимо привлечение ресурсов гражданского здравоохранения страны для медицинской эвакуации раненых, больных и пострадавших военнослужащих и гражданских лиц, их лечения и медицинской реабилитации [32–36].

За пределы ТВД в ходе СВО организуется медицинская эвакуация в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения (ЛМО ГЗ) раненых и больных, требующих оказания специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи с длительными сроками лечения, что обусловлено боевой обстановкой и невозможностью выполнять полноценное лечение пострадавших вблизи района боевых действий.

За более чем 2,5 года СВО медицинская эвакуация показала свою эффективность и способность адаптироваться к различным условиям оперативной обстановки.

Данная область военной и гражданской медицины непрерывно изучается и подвергается анализу с целью совершенствования и адаптации к реальным условиям боевых действий крупномасштабных военных конфликтов.

Современные условия ЛЭО характеризуются уровнем готовности к медицинскому обеспечению в условиях гибридных войн, крупномасштабных военных конфликтов, когда значимость задач по оказанию медицинской помощи, своевременной медицинской эвакуации, лечению и сохранению бое- и трудоспособности, профессионального долголетия раненых и больных военнослужащих существенно возрастает.

Такое положение обусловлено рядом факторов: ограниченные мобилизационные возможности по людским ресурсам; сложность и наукоемкость современного вооружения и боевой техники, что требует длительной подготовки военных специалистов; увеличение удельного веса раненых со множественными и сочетанными поражениями (политравма) и их нуждаемость в специализированной, в т.ч. высокотехнологичной, медицинской помощи, длительного лечения и реабилитации.

Необходимость медицинской эвакуации вызвана рядом обстоятельств, в том числе:

1. Нуждаемость многих раненых и больных в оказании экстренной медицинской помощи, необходимой для спасения жизни, в самое ближайшее время;

2. Нуждаемость значительной части раненых, больных и пострадавших в оказании специализированной, медицинской помощи в экстренной форме, которую невозможно оказать в районе боевых действий.

Следует подчеркнуть, что соблюдение маршрутизации в догоспитальном периоде — это основа организации последующей межгоспитальной стратегической медицинской эвакуации в ЦВГ и ЛМО ГЗ, что обеспечивает преемственность при оказании медицинской помощи, и это весьма непросто соблюдать в вооруженных конфликтах.

По данным материалов Отделения медицинских наук РАН в проект доклада Президента Российской Федерации «О национальной безопасности Российской Федерации в 2022 году и мерах по ее улучшению», анализ имеющихся национальных угроз (внутренних и внешних), изменения в структуре ВС РФ, особенности современного военно-медицинского образования и кадровой политики, состояние гражданского здравоохранения в целом и усиление роли и места военно-гражданского сотрудничества позволяет говорить о новых подходах и совершенствованию современных принципов лечебно-эвакуационного обеспечения, в частности:

— эшелонирование медицинской помощи;
— своевременность оказания и максимальное приближение медицинской помощи к раненым и больным военнослужащим;
— гармоничное сочетание мероприятий по оказанию медицинской помощи и лечению с медицинской эвакуацией по назначению;
— преемственность и последовательность в оказании медицинской помощи и проведении медицинской эвакуации;
— сокращение многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе;
— обоснованный маневр видами и объемом медицинской помощи, оказываемой на этапах медицинской эвакуации и др.

С учетом новых вызовов и угроз безопасности Российской Федерации, место и роль гражданского здравоохранения заключается в развитии и качественном изменении готовности лечебных медицинских организаций к выполнению специальных задач:

— подготовка медицинских специалистов с учетом накопленного опыта СВО (межведомственные стандарты оказания медицинской помощи и предэвакуационной подготовки), единых взглядов на поражения военного времени (лечебно-эвакуационная характеристика раненых и больных);

— организация управления структурными элементами системы лечебно-эвакуационного обеспечения, в том числе проведение санитарно-авиационной эвакуации с использованием медицинских авиационных модулей.

В настоящее время, с учетом опыта проведения СВО, выполнение этих задач представляет определенные сложности по причине автономности военного здравоохранения и реализации на протяжении последних десятилетий базового принципа абсолютного раздельного существования и развития военной и гражданской систем здравоохранения в мирное время. В 2021 году в связи с исключением создания специальных формирований здравоохранения Минздрава России сформировалось окончательное разобщение не только в мирное, но и в военное время по вопросам оказания медицинской помощи в военных медицинских организациях и в медицинских организациях гражданского здравоохранения военнослужащим и приравненным к ним лицам.

В условиях постоянно меняющегося характера боевых действий СВО особо актуальным является необходимость внедрения такого лечебно-эвакуационного обеспечения раненых и больных военнослужащих и гражданских лиц, которое позволило бы с учетом условий конкретной медико-тактической обстановки оптимальным образом использовать ресурсы медицинской службы Минобороны России и лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения [31].

Для реализации этой задачи необходимо разработать и научно обосновать систему организации и проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения в рамках проведения научно-исследовательской работы, что определило **цель начального этапа НИР**: разработать организационно-методические основы проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения из госпитальных баз в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспортных средств.

Объект исследования: организация и проведение медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения из госпитальных баз в лечебные

медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспортных средств, организация работы эвакуационных приемников как этапов медицинской эвакуации, лечебно-эвакуационная характеристика раненых и больных военнослужащих, поступающих в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения.

Решаемые задачи на данном этапе НИР:

1. Для обоснования научной проблемы провести анализ ранее существовавших и существующих сегодня организационных и методологических подходов к проведению медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в системе лечебно-эвакуационных мероприятий при военных конфликтах.

2. Проведение и анализ экспертных оценок для изучения вопросов организации и проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих из госпитальных баз в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения на современном этапе.

3. На основе изучения опыта медицинского обеспечения СВО проанализировать мероприятия по организации и проведению медицинской эвакуации железнодорожным, автомобильным и воздушным транспортом раненых и больных военнослужащих за пределы ТВД.

4. На основе анализа опыта СВО изучить и обобщить организацию и принципы работы эвакуационных приемников.

5. Разработать и обосновать основные положения проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения из госпитальных баз в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспортных средств на всех этапах.

Методика проведения начального этапа НИР: анализ, синтез, обобщение материала; вероятностные статистические и частные научные методы: историко-аналитический, контент — анализ, а также: метод экспертной оценки, непосредственного наблюдения, сценарный метод, медико — статистический анализ с последующей обработкой полученных данных, анализ первичной медицинской документации выполнения рейсов временных военно-санитарных поездов (военно-санитарных летучек) Минобороны России, ретроспективный анализ проводимых медицинских эвакуаций при других военных конфликтах в

сравнении с опытом проведения специальной военной операции и др.

Ожидаемые результаты начального этапа НИР, разработка:

— проекта Руководства по организации и проведению медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспорта в условиях военных конфликтов;
— проекта Положения об эвакуационном приемнике;
— лечебно-эвакуационная характеристика раненых и больных военнослужащих, поступающих в ЛМО ГЗ.

1. РОЛЬ СПЕЦИАЛЬНЫХ ФОРМИРОВАНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Терминология, определение понятий и история вопроса

В соответствии с федеральными законами страны «Об обороне» и «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации» при объявлении мобилизации в стране до недавнего времени существовала идеология создания специальных формирований, предназначенных для выполнения специальных задач но обеспечению боевой деятельности Вооруженных Сил (ВС) (Российской Федерации (РФ) [1,2].

Для участия в медицинском обеспечении личного состава ВС РФ (в период мобилизации и в военное время) в тылу страны планировалось создание специальных формирований здравоохранения (СФЗ), предназначенных, в первую очередь, для специализированного лечения наиболее тяжелых контингентов раненых и больных, их реабилитации, восстановления бое- и трудоспособности, а также для участия в проведении противоэпидемических мероприятий среди войск, осуществляющих передислокацию.

СФЗ планировались как структурные подразделения отраслевых органов управления (Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации) и подведомственными им (или находящимися в сфере их деятельности) учреждениями здравоохранения.

Структура СФЗ [5, 6,1 5]:

- органы управления СФЗ;
- тыловые госпитали здравоохранения (ТГЗ);
- обсервационные пункты (ОП).

Органы управления СФЗ — Главное управление по руководству СФЗ при МЗ РФ, а также отделы и секторы по руководству СФЗ в органах управления здравоохранением субъектов РФ.

ТГЗ предназначались для приема раненых и больных военнослужащих, поступающих из госпитальных баз (ГБ), войск военных округов (в том числе, из очагов массовых санитарных потерь), оказания им специализированной медицинской

помощи, лечения до определившихся исходов и реабилитации, как составная часть современной системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. Из ТГЗ раненые и больные по завершению лечения могут быть возвращены в строй, эвакуированы для дальнейшего лечения в госпитали для ветеранов войн или уволены из ВС РФ и направлены по месту жительства.

ТГЗ составляли около 92,0% от общей численности СФЗ.

ОП планировались как противоэпидемические учреждения здравоохранения военного времени для временной изоляции и обсервации следующих по железнодорожным, водным и воздушным путем сообщения воинских контингентов при их эпидемическом неблагополучии н выполняют функции противоэпидемических барьеров по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в войсках среди населения.

ОП составляют около 2,0% от общей численности СФЗ.

Эта система участия здравоохранения страны в медицинском обеспечении ВС формировалась на различных исторических этапах развитии военного и гражданского здравоохранения.

Всякая война занимает первое место среди причин, обусловливающих боевые повреждения личного состава вооруженных формирований и населения (гибель, ранения и инвалидность людей), рост инфекционной заболеваемости, что нередко приводит к эпидемическим вспышкам и эпидемиям.

Во время войны большое количество медицинских работников гражданского здравоохранения призывают в вооруженные формирования. При этом объем работы медицинских работников и медицинских учреждений резко возрастает. Все это сильно осложняет работу органов и учреждений здравоохранения [5, 6].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что здравоохранение страны всегда занимало важное место в общей системе организации и проведении мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, сохранению их боеспособности и трудоспособности [5,6].

Первые документы об опыте создания системы и органов управления медицинской эвакуацией раненых и больных с ТВД в тыл страны в России относится к семидесятым годам XIX века.

В войнах конца XVIII и начала XIX веков уже с началом боевых действий имевшиеся в войсках лечебные учреждения быстро заполнялись ранеными и больными. Это затрудняло передвижение войск, вело к большому отставанию от них госпиталей [4, 11].

Возникла необходимость медицинской эвакуации в тыл страны большего числа раненых и больных. Так, согласно плану медицинского обеспечения, разработанному лейб-медиком баронетом Виллие в августе 1812 года, раненые и больные 1-й Западной армии с продолжительными сроками лечения, а также «неспособные» должны были быть эвакуированы из Смоленска в Москву и Тверь [10, 12].

В период Крымской войны 1853–1856 гг., несмотря на плохие дороги, из Крыма в ближайшие губернии (Екатеринославскую, Полтавскую, Харьковскую и Херсонскую) было эвакуировано более 12000 раненых и больных, что составило 24,3% от общего числа санитарных потерь [4, 7, 11, 13].

Вместе с тем медицинская эвакуация раненых и больных и их последующее лечение в тылу страны были плохо организованы. Удручающее состояние существовавшей организации медицинской эвакуации и лечения раненых и больных отмечал Н.И. Пирогов, подводя итоги лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в войне 1853–1856 гг. Вся система лечебно-эвакуационного обеспечении по определению Н.И. Пирогова строилась на принципе «эвакуация, во что бы то ни стало!». Лечение во время медицинской эвакуации не предусматривалось, поэтому летальность среди раненых и больных в этот период достигала 14,5 %.

Разработанные в трудах Н.И. Пирогова основные принципы медицинской сортировки и руководства медицинской эвакуацией раненых и больных в тыл страны широко применялись в лечебно-эвакуационном обеспечении войск России, Пруссии, США и других государств, а затем были положены в основу «Проекта организации эвакуации», составленного Главным штабом в России в 1876 году. Они явились теоретической предпосылкой к возникновению органов управления медицинской эвакуацией раненых и больных и организацией их лечения в тылу страны.

Значительный рост санитарных потерь в войнах второй половины XIX века вызвал необходимость массовой медицинской

эвакуации раненых и больных в тыл страны, а развитие железнодорожного и водного транспорта способствовали её обеспечению.

В русско-турецкую войну 1877–1878 гг. в России впервые появились органы управления массовой медицинской эвакуацией раненых и больных в виде «эвакуационных комиссий» (ЭК), располагавшихся на узловых железнодорожных станциях при которых развертывались группы госпиталей и лазаретов.

Работа ЭК регламентировалась циркуляром Генерального Штаба (ГШ) 1877 года «О правилах распределения и развозки раненых и больных с театра войны во внутрь империи», ЭК обычно состояли из представителей военного командования, военно-санитарного ведомства, органов военных сообщений и общественных организации (рис. 1).

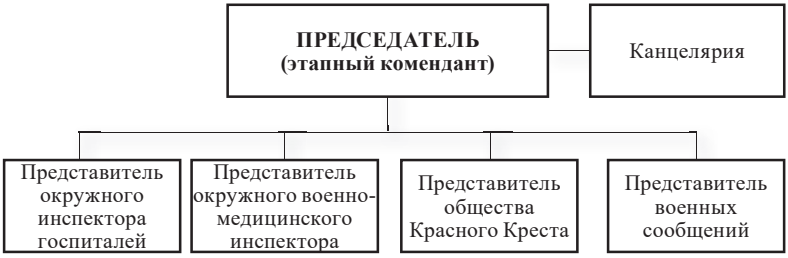


Рис. 1. Организационная структура эвакуационной комиссии в период русско-турецкой войны 1877–1878 гг.

Возглавляли ЭК строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе и рассматривали медицинскую эвакуацию раненых и больных как чисто военное мероприятие, направленное на освобождение войск от утративших боеспособность воинов.

Во время русско-турецкой войны 1877–1878 гг. медицинская эвакуация раненых и больных с театра военных действий проводилась и более широком масштабе и на большую территорию страны, чем в предыдущие войны. Только из Дунайской армии в период с апреля 1877 по март 1878 годов было доставлено в Россию по железной дороге более 125 000 и по морю более 81 000 раненых и больных.

Вместе с тем в эту войну мало что изменилось в лучшую сторону в организации медицинской эвакуации и лечения

раненых и больных — врачи были отстранены от руководства медицинской эвакуацией, а эвакуация была оторвана от лечения. Возглавляли ЭК, по-прежнему, строевые генералы (офицеры), которые не подчинялись медицинской службе. В результате медицинская эвакуация раненых и больных теряла всякий медицинский смысл и часто носила нерациональный характер. Например, легкораненые могли быть эвакуированы в глубокий тыл, а инфекционные больные развозились по всей России.

Руководство медицинской эвакуацией внутри страны было сосредоточено в ГШ, а территория империи разделялась на «эвакуационные районы» с учреждением в каждом из них ЭК, которые в последующем превратились в местные эвакуационные пункты (ЭП).

Временно возглавлял медицинскую службу в этой войне всемирно известный хирург Николай Иванович Пирогов, который, несмотря на солидный возраст, ему было 67 лет, показал удивительную работоспособность.

Н.И. Пирогов не только осматривал раненых и оперировал, но и занимался организацией военных госпиталей. За три месяца, проведенных в Болгарии, он посетил 10 из 13-ти госпиталей, сделал 600 операций, спасая жизни сотни тяжелораненых русских солдат и болгар, а вернувшись в Россию, написал, что «ни в одной из прошлых войн в войсках не было такого умственного и научного капитала, как в Болгарии».

В рядах армии в белых халатах стояли видные представители русской медицины — личный врач императора Александра II Сергей Петрович Боткин, создатель современной научной гигиены Федор Федорович Эрисман, ученик Пирогова и известный хирург Николай Васильевич Склифосовский и еще более 300 профессоров, доцентов и ассистентов крупных университетских клиник России.

Будучи вооруженными самыми новыми методами лечения огнестрельных поражений и заболеваний на боевом поле, им удалось зарегистрировать самый низкий процент смертности в ту эпоху — 10,8%.

В Болгарии русские медики применили новые методы лечения. Так, проф. С.П. Коломнин первым в мире применил внутриартериальное переливание крови раненым на поле боя, Ф.Ф. Эрисман разработал систему дезинфекции и обязательной изоляции заразных больных, проф. С.П. Боткин открыл инфекци-

онную желтуху, которую в память об ее открывателе назвали «болезнью Боткина» и использовал хинин как противомалярийное средство. В Болгарии русские врачи впервые стали применять антисептические перевязки, а Н.И. Пирогов сделал первую гипсовую повязку.

После окончания русско-турецкой войны Н.И. Пирогов обобщил опыт работы ЭК в своём труде «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.».

На основе этого труда в 1890 году было издано «Положение об эвакуации больных и раненых» [4], однако важнейшие идеи Н.И. Пирогова о медицинской сущности эвакуации и подготовке ещё в мирное время всей системы медицинского обеспечения в этом документе были проигнорированы.

«Положение об эвакуации больных и раненых» 1890 года действовало в русско-японскую войну 1904–1905 гг. [9]. ЭК в этой войне получили своё дальнейшее развитие.

Они были организованы во фронтовом районе (полевые и тыловые ЭК) и в тылу страны (внутренние ЭК).

«Для содействия в перевозке, размещении и призрении больных и раненых…» создавались губернские и уездные «распорядительные по эвакуации комитеты», которые обеспечивали размещение, содержание и лечение раненых и больных в местных больницах.

Внутренние ЭК были значительно расширены, в их составе появились «врачи для сортировки» раненых и больных.

Деятельность полевой и тыловой ЭК в виду отступления наших войск, отсутствия медицинского руководства, неорганизованности сортировочной работы, резкого недостатка в лечебных учреждениях и санитарном транспорте была неудовлетворительной.

Военно-санитарные поезда (ВСП) загружались в спешке, в них оказывались раненые и больные различной степени тяжести: от умирающих до почти здоровых. В связи с этим медицинская эвакуация продолжала оставаться беспорядочной, а медицинская сортировка поступающих в тыл страны раненых и больных проводилась поверхностно, прямо в вагонах.

Так, по данным С.А. Семеки [11] из 197790 раненых и больных, поступивших в Иркутскую ЭК за весь период русско-японской

войны, было эвакуировано дальше в тыл страны 194788 человек, или 92,9 % от общего числа поступивших.

Раненые и больные доставлялись в госпитали тыла часто в недопустимо поздние сроки, нередко они погибали от неудовлетворительных условий медицинской эвакуации, зимой у многих были отморожения конечностей. Положение усугублялось тем, что внутренние ЭК создавались с большим опозданием уже в ходе войны.

Тяжелое положение с сортировкой раненых и больных и маломощность ЭК вызвали необходимость создания сортировочно-контрольных подразделений медицинской службы.

В этой связи с ноября 1904 года при внутренних ЭК начали создаваться сборные эвакуационные пункты (ЭП), которые явились прототипом современных сортировочных госпиталей.

На них возлагались задачи по проведению медицинской сортировки поступающих раненых и больных, доставке их в местные госпитали и организации погрузки в ВСП, для чего при сборных ЭП содержались команды носильщиков и необходимый санитарный транспорт.

При ЭК развертывались, кроме сборных ЭП, госпитали и лазареты военного ведомства, общества Красного Креста и различных благотворительных организаций, «слабосильные команды», ВСП и санитарный транспорт, дезинфекционные отряды, бани, прачечные, питательные пункты, различные склады медико-санитарного и хозяйственного имущества.

Таким образом, ЭК по своей организации все более приближались к современным ЭП.

Необходимо подчеркнуть, что недостатки в деле лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии в те годы можно объяснить несколькими основными причинами:

- отсутствием специального медицинского органа управления в стране, руководящего медицинской эвакуацией раненых и больных;
- отсутствием предварительных разработок по предполагаемому количеству санитарных потерь на войне и нуждаемости в медицинской эвакуации;
- неподготовленностью необходимого количества санитарного транспорта для проведения медицинской эвакуации раненых и больных;

- неподготовленностью госпиталей с соответствующим количеством коек и помещений для их развертывания, в том числе и в тылу страны;
- несовершенством организационно-штатной структуры ЭК.

Каких-либо изменений после окончания русско-японской войны 1904–1905 годов и до 1914 года в организацию лечебно-эвакуационного обеспечения русской армии внесено не было.

Как указывает С.А. Семека [9,11], вплоть до первой мировой войны 1914–1918 гг. никаких новых формирований в тылу страны на случай войны не предусматривалось и медицинская эвакуация раненых и больных должна была производиться в постоянные военные госпитали мирного времени, общая коечная емкость которых в 1914 году составляла всего 10890 коек.

Согласно действовавшему до 1914 года «Положению об эвакуации больных и раненых» 1890 года для размещения раненых и больных должны были использоваться также гражданские больницы, лазареты, лечебные учреждения общества Красного Креста и других общественных организаций.

Дальнейшее развитие система медицинской эвакуации раненых и больных и лечения их в тылу страны получила в первую мировую войну 1914–1918 гг.

С августа 1914 года по 15 ноября 1916 годов с ТВД во внутренние районы страны было эвакуировано 4154493 раненых и больных, для лечения которых было сформировано значительное количество госпиталей, главным образом за счет общественных организаций — союзов городов, общества Красного Креста, Земского общества и других.

Общая коечная ёмкость госпиталей составляла 427000 коек (43,5% от общего числа коек в тылу страны и на ТВД).

ЭК, сформированные в начале войны по мобилизационным планам, не смогли обеспечить выполнение возложенных на них задач и были упразднены. Согласно «Временному положению об эвакуации раненых и больных», утвержденному в августе 1914 года, была создана система ЭП: на ТВД — головных и тыловых, а во внутреннем районе страны — распределительных и окружных.

Переход к организации ЭП осуществлялся уже в ходе войны с большими затруднениями и формально был завершен к началу 1915 года. В период первой мировой войны в России было развернуто 8 распределительных и 25 окружных ЭП.

По сравнению с ЭК, являвшимися по существу начальной формой организации управления медицинской сортировкой и медицинской эвакуацией раненых и больных, функции вновь созданных ЭП были значительно расширены. Кроме того, в тылу страны появились два органа управления медицинской эвакуацией раненых и больных, различных по своей организационно-штатной структуре и задачам.

Распределительные эвакуационные пункты (РЭП) развертывались во внутреннем районе на узловых железнодорожных станциях с таким расчетом, чтобы все раненые и больные, прибывающие с фронта, непременно проходили через них.

В состав РЭП, согласно «Временному положению об эвакуации раненых и больных», входили канцелярии и полевые запасные госпитали, предназначенные для временного размещения прибывших с фронта раненых и больных, которые по состоянию здоровья «не могут выдержать дальнейшей перевозки», оказания им медицинской помощи, а также для «обсервации и лечения острозаразных больных».

При РЭП содержались: санитарно-гигиенический отряд, дезинфекционные камеры, бани и прачечные, запасы интендантского имущества и продовольствия для обеспечения эвакуируемых с пункта.

Одной из главных задач РЭП являлось проведение медицинской сортировки, распределение и отправка раненых и больных «в зависимости от места их службы, родины или избранного места жительства по соответствующим окружным эвакуационным пунктам».

Окружные эвакуационные пункты (ОЭП) развертывались также на узловых железнодорожных станциях в каждом военном округе, куда осуществлялась медицинская эвакуация раненых и больных из РЭП. Распределение раненых и больных по их количеству и структуре, направляемых из РЭП в ОЭП, осуществлялось по эвакуационным направлениям ГШ. В силу этого, распределительные и окружные ЭП работали независимо друг от друга и не имели отношений подчиненности.

В состав ОЭП входили канцелярия и полевые запасные госпитали. Основной задачей ОЭП являлось распределение раненых и больных, требующих госпитального лечения, по лечебным учреждениям военного и гражданского ведомств и отправка

«неспособных к службе» на родину или в избранные места жительства.

Как РЭП, так и ОЭП возглавлялись строевыми офицерами, поэтому изложенная во «Временном положении об эвакуации раненых и больных» 1914 года стройная и казалось бы прогрессивная система медицинской эвакуации раненых и больных на практике не была реализована.

По определению Е.И. Смирнова [14] санитарная служба царской армии почти ничего не извлекла из уроков русско-японской войны и вошла в первую мировую войну с системой развоза раненых и больных и принципами медицинского обеспечения, суть которых сводилась к оказанию первой медицинской помощи и сбору раненых и больных ночью (в периоды затишья), к хирургической бездеятельности в войсковом районе и к эвакуации «во что бы то ни стало».

Вышеуказанные причины обусловили сравнительно низкие показатели деятельности военно-санитарной службы русской армии в первой мировой войне 1914–1918 гг.: до 10,0% раненых и больных умирали, до 20,0% — становились инвалидами. Из общего числа эвакуированных в тыл страны раненых и больных в строй вернулось только 42,0%.

Во время иностранной военной интервенции и гражданской войны 1918–1920 гг. и, особенно, в послевоенный период, система медицинской эвакуации раненых и больных в тыл страны продолжала совершенствоваться [9].

Были созданы условия для качественно нового подхода к организации лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках, организован единый центр управления военно-санитарной службой — Военно-санитарное управление (ВСУ) Рабоче-крестьянской Красной Армии (РККА), и котором уже в первой половине 1918 года полностью сосредоточилось управление всем лечебно-эвакуационным обеспечением войск, как на фронте, так и в тылу страны.

Это было закреплено во «Временной инструкции учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией». В тяжелых условиях гражданской войны удалось приступить к созданию системы медицинской эвакуации раненых и больных, в которой лечение и эвакуация составляли единый и неразрывный процесс [9,11].

В 1929 голу было введено в действие «Руководство по санитарной эвакуации в РККА», в котором законодательно

закреплялись основные принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии.

Основными учреждениями санитарной эвакуации являлись: в армейском и фронтовом тыловых районах — полевые, фронтовые и вспомогательные ЭП, а во внутреннем районе страны — РЭП и местные эвакуационные пункты (МЭП).

Начальники МЭП подчинялись «в отношении санитарной эвакуации» начальникам РЭП. При РЭП создавались лазареты для выздоравливающих.

Распоряжением ВСУ РККА за РЭП закреплялись ВСП. В эвакопункты внутреннего района страны планировались к медицинской эвакуации раненые и больные, нуждающиеся в длительных сроках лечения или в специальных видах медицинской помощи, которые не могли быть обеспечены на фронте. При всех РЭП, МЭП и приписанных к ним лечебных учреждениях предписывалось иметь военно-врачебные комиссии для проведении ВВЭ.

Таким образом, издание «Руководства по санитарной эвакуации в РККА» явилось крупным вкладом отечественной медицины в дело совершенствования системы санитарной эвакуации и лечения раненых и больных в тылу страны.

Результаты медицинского обеспечения боевых действий в районе р. Халхин-Гол (май 1939 года) потребовали решения вопроса о специализации коечной сети в армейском, фронтовом и тыловом районах с учетом наличия врачей-специалистов в стране и местных средств населенных пунктов в которых планируется развертывать госпитали.

В ходе советско-финляндской войны, несмотря на её непродолжительный характер (с 30.11.1939 по 12.03.1940 гг.). РККА понесла значительные потери.

С ноября 1939 года по август 1940 года из госпитальной базы Северо-Западного фронта было эвакуировано в эвакогоспитали тыла страны 142925 раненых и больных, причем из них 11200 человек — транзитом без оказания медицинской помощи в ГБФ из-за большой перегрузки ее госпиталей.

Для лечения раненых и больных, поступающих с фронта, в восьми военных округах (Киевском, Московском, Орловском, Приволжском, Уральском, Белорусском, Харьковском и Северо-Кавказском) было развернуто 214 ЭГ Наркомздрава (НКЗ) СССР, приписанных к восемнадцати МЭП.

Общая ёмкость эвакогоспиталей на 1.08.1940 г. составляла 81412 коек. Кроме того, в составе госпитальной базы Северо-Западного фронта было развернуто 14 ЭГ НКЗ на 4083 койки.

Таким образом, несмотря на непродолжительность войны и её локальный характер, страна вынуждена была привлечь огромные силы и средства военного и гражданского здравоохранения для медицинского обеспечения войск фронта и в тылу страны.

Опыт войны в целом подтвердил правильность принципов принятой системы этапного лечения, однако были выявлены и слабые места. Наиболее существенными из них были:

- весьма нечеткое разграничение прав и обязанностей между МЭП и органами здравоохранения по руководству ЭГ НКЗ;
- недостаточная специализация коечной сети в госпитальных базах тыла страны и несоответствие структуры коечного фонда структуре входящего потока раненых и больных;
- отсутствие производственной базы для протезирования инвалидов войны;
- отсутствие в составе МЭП специализированных лечебных учреждений, а также штатных сортировочных госпиталей с прирельсовыми эвакоприёмниками.

Очень важный итог советско-финляндской войны состоял в том, что санитарная служба РККА и гражданское здравоохранение приобрели ценный опыт совместного решения задач по медицинскому обеспечению войск на фронте и в тылу страны, который был обобщен и частично реализован в руководящих документах Народного Комиссара обороны (НКО) и НКЗ СССР.

В июне 1940 года НКЗ СССР было утверждено «Положение о формировании эвакуационных госпиталей, развертываемых органами здравоохранения Союза ССР в военное время», которым были регламентированы основные принципы управления и руководства ЭГ.

Эти принципы сводились к следующим положениям:

ЭГ в медицинском, административном финансовом отношениях подчинялись органам гражданского здравоохранения по месту их развертывания, а в оперативном отношении — НКО через его местные органы (санитарные отделы военных округов, управления — УРЭП, УМЭП), которые осуществляли контроль за постановкой медицинского обеспечения раненых и больных, находящихся в ЭГ НКЗ СССР, и проводили свои мероприятия

по улучшению организации работы в ЭГ через местные органы здравоохранения, непосредственно формирующие их.

Для предусмотренных к развертыванию в военное время госпитальных коек в тылу страны директивой ГШ от 13.02.1941 года была определена их специализация (табл. 1).

Это было существенным шагом на пути реализации приобретенного опыта медицинского обеспечении в ходе войны.

Таблица 1

Специализация коечного фонда эвакогоспиталей НКО и НКЗ и оперативных коек в военное время

Специализированные койки	Структура коек , %	
	в приграничных военных округах	во внутренних военных округах
А. Хирургические	70,0	80,0
из них:		
общехирургические	52,5	32,0
травматологические	35,5	45,0
торакальные	3,0	—
урологические	0,5	—
нейрохирургические	1,5	7,0
глазные	2,0	3,0
ЛОР	1,5	1,5
челюстно-лицевые	3,5	3,5
полостные	—	8,0
Б. Терапевтические	30,0	20,0
из них:		
общетерапевтические	70,0	50,0
инфекционные	13,5	25,0
кожно-венерологические	13,5	15,0
нервно-психические	3,0	10,0

В тыл страны планировалось направлять тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, нуждавшихся в квалифицированном хирургическом лечении, включая сложные хирургические операции. Сроки лечения в госпиталях тыла планировались более двух месяцев.

Соотношение коечной сети между районом глубокого тыла и районами армейскою и фронтового тыла намечалось иметь 25,0–30,0% в первом, а во втором и третьем — 75,0–70,0% всей коечной сети, необходимой для медицинского обеспечения

действующей армии. Вышеуказанные документы явились значительным этапом реализации приобретенного опыта медицинского обеспечения в ходе советско-финляндской войны.

К сожалению, выводы по итогам советско-финляндской войны 1939–1940 гг. не могли быть реализованы в столь короткий срок. В связи с этим здравоохранение страны и санитарная служба РККА оказались неподготовленными к медицинскому обеспечению первых операций начавшейся воины.

С началом Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. на территории страны развернулось формирование обширной сети ЭГ, объединённых под руководством УМЭП, УРЭП в ГБ тыла страны.

Работа велась параллельно — НКО страны формировались органы управления медицинской эвакуацией, НКЗ формировались ЭГ НКЗ и выделялись оперативные койки.

Первыми начали функционировать УРЭП и УМЭП, которые до создания гражданских органов управления взяли на себя руководство всеми сторонами деятельности формируемых эвакогоспиталей.

В конце июня — начале июля 1941 года НКО и НКЗ СССР сформировали ЭГ на 658000 коек, кроме того, в гражданских больницах некоторых городов, главным образом крупных, НКЗ обязывался выделить 34 100 оперативных коек.

Оперативные койки находились на учете в соответствующих фронтовых ЭП, РЭП и МЭП и занимались по их распоряжению.

Формирование ЭГ и коек в них из месяца в месяц возрастало и на 1 октября 1941 года составило 1 млн коек (ВСУ еще и ноябре 1940 года считал необходимым иметь этих госпиталей на 1,2 млн коек).

Е.И. Смирнов [14] подчеркивал громадный объем работы по формированию ЭГ в тылу страны и размещению прибывших с запада ЭГ, а также медицинских и научно-исследовательских институтов. Работу такого огромного масштаба нельзя было осуществить без активного участия общественности и, в первую очередь, медицинской — 700-тысячной армии врачей, специалистов со средним медицинским образованием, младшего медицинского и обслуживающего персонала.

Положение несколько улучшилось после выхода Постановления Государственного Комитета Обороны № 701 от 22 сентября 1941 года «Об улучшении медицинского обслуживания раненых

бойцов и командиров Красной Армии» и издания на его основе совместного приказа НКЗ и начальника Главного ВСУ РККА № 0382/474 от 30.09.1941 года «О передаче эвакогоспиталей в полное подчинение НКЗ СССР в соответствии с Постановлением ГКО № 701 от 22 сентября 1941 года».

В этих документах более четко разграничивались права и обязанности обоих ведомств по управлению ЭГ в тылу страны. Все медицинское обеспечение раненых и больных бойцов и командиров РККА в тыловых районах страны возлагалось на НКЗ, а в армейских и фронтовых районах на Главное ВСУ РККА.

Все УРЭП и УМЭП были подчинены Главному ВСУ РККА.

На органы управления военного ведомства (военно-санитарные отделы округов, УМЭП и УРЭП) возлагались следующие функции:

— снабжение раненых и больных военнослужащих в ЭГ продовольствием, вещевым имуществом, обеспечение перевозочными документами и денежным довольствием;
— организация медицинской эвакуации раненых и больных из фронтовых эвакопунктов и распределение их по ЭГ;
— контроль за деятельностью ЭГ и работой госпитальных военно-врачебных комиссии;
— организация партийно-политической работы среди раненых и больных;
— организация учета и отчетности.

В указанных выше документах было закреплено положение, согласно которому с целью устранения параллелизма в работе инспекторов органов здравоохранении и военного ведомства, управления ЭГ и санитарные отделы военных округов, УРЭП и УМЭП должны были предварительно согласовывать свои действия для достижения общих целей.

Эта система управления ЭГ тыла страны до конца Великой Отечественной войны оставалась громоздкой, практически многоведомственной, что оказывало существенное негативное влияние на результаты деятельности ЭГ в целом и на решение отдельных оперативных вопросов.

С августа 1942 года коечная сеть ЭГ начала сокращаться. Причин этому было несколько — острая потребность фронта в людских резервах, эвакуации госпиталей на восток (а в последующем реэвакуация) и другие.

Для Великой Отечественной войны были характерны внезапные и большие передвижения войск, шли они с запала на восток или с востока на запад и всегда сопровождались передислокацией госпиталей.

Так, за первый год войны в среднем передислоцировалось около 500000 коек, и это всегда сопровождалось выводом госпиталей из рабочего состояния на 1–2 месяца.

Органы управления по руководству ЭГ тыла страны по линии НКЗ СССР практически стали создаваться только после Постановления Государственного Комитета Обороны № 701 от 22.09.1941 года.

До этого, в июне 1941 гола, по опыту советско-финляндской войны 1939–1940 годов при военном отделе НКЗ страны был создан сектор, который, не в состоянии был обеспечить должное руководство всеми сторонами деятельности ЭГ.

В этой связи система управлении ЭГ НКЗ СССР была коренным образом пересмотрена. Так было организовано Главное управление ЭГ, на которое было возложено руководство лечебной работой, учет сети ЭГ, разработка руководящих документов по лечебной работе и другим видам деятельности (финансовой, материально-технической и другим).

По такому же принципу создавались управления (отделы) ЭГ при НКЗ республик, областных и краевых отделах здравоохранения. Только на территории РСФСР было создано 52 отдела и управления ЭГ НКЗ и ВЦСПС.

Однако следует отметить, что даже в таком составе отделы по руководству ЭГ не были способны должным образом выполнять возложенные на них задачи. В их составе не были предусмотрены должностные лица, которые занимались бы оперативным учетом коечной сети, организацией передислокации госпиталей и их расформирования, изменением специализации коечного фонда.

Выполнение этих задач вынуждены были взять на себя УРЭП и УМЭП.

Лечебной работой практически руководили УМЭП. так как в штатах отделов ЭГ не было достаточного количества инспекторов.

В целом структура и организация управления работой ЭГ тыла страны обеспечили успешную деятельность лечебных

учреждений, привлеченных к лечению раненых и больных воинов в период Великой Отечественной войны.

Однако руководство ЭГ органами управления трех ведомств (НКО, НКЗ, ВЦСПС) приводило к дублированию работы этих органов, к противоречиям и большим потерям времени на различные согласования, что в конечном счете оказывало отрицательное влияние на качество лечебно-эвакуационного обеспечения и полноту использовании коечной сети.

Существенным недостатком в работе органов управления ЭГ являлось то обстоятельство, что к началу войны ни санитарная служба РККА, ни НКЗ СССР не имели руководящих документов, которые бы четко регламентировали содержание и объем работы УМЭП и органов НКЗ, а также их взаимоотношения.

Дальнейшее развитие системы приема, медицинской сортировки и распределения раненых и больных в ЭГ тыла страны получила после утверждения НКЗ СССР в марте 1942 года «Положения о сортировочных госпиталях НКЗ», согласно которому в ГБ тыла емкостью свыше 5000 коек должны были создаваться сортировочно-эвакуационные госпитали, а емкостью до 5000 коек — сортировочные отделения в хирургических ЭГ.

Однако эти сортировочные ЭГ, в отличие от подобных в Красной Армии, не имели специального штата, оборудования и оснащения, а являлись обычными лечебными учреждениями хирургического профиля, но с функциями сортировочно-эвакуационной работы. Они должны были иметь мощные операционные и перевязочные, изоляторы и рентгеновские отделения.

Прибывавшие в сортировочные ЭГ раненые и больные после санитарной обработки подлежали направлению в сортировочные отделения. Здесь им оказывалась необходимая квалифицированная медицинская помощь, после чего они переводились в медицинские отделения, а отсюда после установления точного диагноза — в соответствующий специализированный госпиталь. Раненые нейрохирургического профиля, с поражениями челюстно-лицевой области, а также инфекционные, терапевтические и кожно-венерологические больные должны были доставляться в специализированные госпитали непосредственно с пунктов выгрузки.

При каждом сортировочном ЭГ полагалось создавать транспортные группы из транспорта ЭГ, дислоцированных в данном

населенном пункте, и транспорта, приписанного местными советскими органами.

В круг задач сортировочных ЭГ входили также разгрузка прибывающих ВСП и доставка раненых и больных в ЭГ, а инвалидов — к месту жительства, сбор из ЭГ раненых и больных, подлежащих эвакуации в глубокий тыл и погрузки их на ВСП, проверка санитарного состояния проходящих транзитом ВСП, снятие с них нетранспортабельных раненых и инфекционных больных.

Однако с этими задачами сортировочные ЭГ самостоятельно справиться не могли. Представители УМЭП на местах привлекали курсантов военных училищ, санитарных дружинниц, студентов для выгрузки раненых и больных, а также транспорт различных организаций для доставки их в ЭГ.

Большую роль в работе по руководству деятельностью ЭГ сыграли Госпитальный совет, его Пленумы и Военно-госпитальный комитет Ученого медицинского совета НКЗ СССР.

В работе всех пленумов госпитального Совета НКЗ СССР и РСФСР участвовало Главное ВСУ РККА. Руководитель Главного ВСУ Е.И. Смирнов считал своей непременной обязанностью выступать с докладами на этих пленумах [14] — «… Не подлежит никакому сомнению, что наша военная медицина достигла больших успехов в лечебно-эвакуационном обслуживании Красной Армии. Но мы должны знать и о дефектах в нашей работе — не меньше, если не больше. Чем лучше мы будем знать наши дефекты, тем скорее мы изживем их, добьемся еще больших успехов».

Как свидетельствует опыт Великой Отечественной войны, работа по организации приема раненых и больных, направляемых в эвакуационные госпитали, во многом определялась их дислокацией и решаемыми задачами.

В зависимости от дислокации и приписки к МЭП, действовавших в годы войны, ЭГ можно разделить на четыре группы, при этом функционально они отличались, прежде всего, различными сроками лечения раненых и больных:

— к I группе относились ЭГ, дислоцирующиеся в прифронтовом районе. В лечебных учреждениях этих госпиталей подлежали лечению раненые и больные со сроками выздоровления в течение 60 суток.

— ЭГ II группы дислоцировались на территории Московского и Приволжского военных округов, они должны были обеспечить лечение раненых и больных, которые сохраняли годность к военной службе и нуждались в лечении в течение 4 месяцев;
— ЭГ, располагавшиеся на территории Уральского, Южно-Уральского и Закавказского военных округов, относились к III группе, в эти лечебные учреждения направлялись ранение и больные со сроками лечения свыше 4 месяцев, способные после завершения лечения возвратиться на военную службу;
— ЭГ IV группы дислоцировались на территории Сибирского, Забайкальского, Среднеазиатского военных округов, сюда направлялись раненые и больные со сроками лечения до 6 месяцев и более, которые, как правило, были негодны к военной службе.

Следует отметить, что медицинская эвакуация раненых и больных из действующей армии по назначению в эти группы ЭГ велась редко. Чаще всего большинство раненых и больных поступали в лечебные учреждения прифронтовых ЭГ, где после тщательной прогностической сортировки и получения соответствующей медицинской помощи часть из них готовилась к эвакуации в лечебные учреждения, расположенные в глубоком тылу страны.

Всего в 1941–1945 гг. было сформировано 1725 эвакуационных госпиталей на 707600 коек, 56 УМЭП и 10 УРЭП.

Совместная работа органов гражданского и военного здравоохранения в годы Великой Отечественной войны позволила добиться возвращения в строй 72,3% раненых и 90,6% больных [3, 8, 14].

В 1945 году Совнарком СССР обязал НКЗ СССР и совнаркомы союзных республик реорганизовать 342 ЭГ на 95 000 коек в госпитали для лечения инвалидов Великой Отечественной войны, а ВЦСПС — реорганизовать 38 госпиталей на 10 000 мест в санатории для инвалидов Великой Отечественной войны.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что ЭГ, а ныне ТГЗ, были и являются важным звеном в системе медицинского обеспечения войск и не утратили своей роли и значения в современных условиях.

Вторая группа СФЗ НКЗ СССР — это ОП, которые принимали непосредственное участие в решении задач противоэпидемической защиты [5, 6, 15].

Первостепенную значимость в поддержании санитарно-эпидемиологического благополучия в РККА имело проведение необходимых противоэпидемических мероприятий на железнодорожных магистралях тыла страны, прифронтового и фронтового районов.

С этой целью, в соответствии с директивой ГШ от 14 июля 1941 года на 17 крупных железнодорожных узлах были сформированы и развернуты ОП НКЗ СССР.

За годы, прошедшие после Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., принципиальных изменений в порядке формирования, использования ОП не произошло.

Не произошло и принципиальных изменений в порядке формирования и использования СФЗ. Менялись только типы тыловых госпиталей, перерабатывались штаты и табели к штатам, совершенствовались вопросы их мобилизационной подготовки и мобилизации.

До 1986 года органами гражданского здравоохранения в интересах медицинской службы ВС СССР планировалось развертывание двенадцати типов ТГЗ:

1) нейрохирургические;
2) для раненых в грудь и живот;
3) для раненых в бедро и крупные суставы;
4) для обожженных;
5) для раненых с повреждением опорно-двигательного аппарата;
6) нуждающихся в протезировании;
7) для раненых с повреждением костей плеча, предплечья и голени;
8) женские смешанные;
9) терапевтические;
10) для больных туберкулезом;
11) нервно-психиатрические и сортировочные (штат № 027/2 1968 года).

Их организационно-штатная структура была разработана с учетом приема контингентов раненых и больных, поступающих из ГБФ и получивших там квалифицированную и специализированную медицинскую помощь. Поэтому большинство ТГЗ не

были способны обеспечить прием и оказание квалифицированной медицинской помощи раненым и больным, поступающим непосредственно из войск военного округа. Поступление же этих контингентов раненых и больных, по опыту учений, может достигать 30% от общего числа поступивших в ТГЗ. Совершенно очевидно, что лишь малая часть ТГЗ старой организации могла бы справиться с оказанием квалифицированной медицинской помощи при поступлении такого значительного первичного потока раненых и больных из очагов массового поражения на территории военных округов.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что структура коечного фонда ТГЗ в целом по стране и по отдельным ее регионам, а также внутри каждой госпитальной базы тыла страны должна определяться возможной структурой входящего потока раненых и больных.

Опыт исследовательских учений, проведенных в Военно-медицинской академии (ВМедА) показывал, что в условиях современной войны это соответствие может резко нарушиться из-за массового поступления раненых и больных в отдельные ТГЗ из очагов санитарных потерь, возникших на территории военного округа военного времени.

При этом удельный вес раненых и больных, поступающих из действующей армии, может составлять 70,0–80,0%, а из войск и объектов военного округа военного времени — 20,0–30,0%.

На исследовательских учениях с профессорско-преподавательским составом ВМедА в 1988 году в целом было подтверждено соответствие структуры поступающих в ТГЗ контингентов раненых и больных создаваемой структуре коечного фонда современных госпитальных баз тыла страны.

На основании результатов исследовательских учений, проведенных Минздравом СССР, и научно-исследовательских работ по согласованию с Минобороны в 1986 году были утверждены новые штаты ТГЗ.

В соответствии с принятой организационно-штатной структурой ТГЗ подразделяются на шесть типов — 4 многопрофильных госпиталя (базовый, нейрохирургический, травматологический, терапевтический) и 2 узкоспециализированных госпиталя (кожно-венерологический и туберкулезный) [5, 6, 15].

Коечная емкость ТГЗ была установлена в объемах 400, 500, 600 коек.

Структура коечного фонда в каждом госпитале была приведена к структуре вероятного входящего потока раненых и больных.

В соответствии с задачами и структурой коечного фонда в составе каждого ТГЗ планировались к развертыванию соответствующие основные функциональные подразделения.

1.2. Органы управления специальными формированиями здравоохранения

Систему управления СФЗ (Главное управление по руководству СФЗ, отделы и секторы по руководству ТГЗ) предполагалось отнести к подразделениями Минздрава России и органов управления здравоохранением субъектов РФ с формированием при объявлении мобилизации для руководства ТГЗ и ОП [5, 6, 15].

Органы управления СФЗ пользуются всеми правами других аналогичных подразделений отраслевых органов управления здравоохранением. Их указания и распоряжения по вопросам СФЗ являются обязательными для исполнения всеми нижестоящими органами управления здравоохранением и подведомственными учреждениями.

Задачи органов управления СФЗ:

— руководство работой ТГЗ и ОП в период мобилизации и в военное время;
— оказание методической помощи руководителям органов управления здравоохранением субъектов РФ и муниципальных образований по вопросам развертывания ТГЗ и ОП, их материально-технического и финансового обеспечения, организации медицинского обеспечения и подготовки к работе в период мобилизации и в военное время;
— организация взаимодействия с Главным военно-медицинским управлением Минобороны РФ (медицинской службой военного округа военного времени, управлением местного эвакуационного пункта) по вопросам обеспечения преемственности оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных;
— организация и осуществление контроля за качеством лечения раненых и больных, их реабилитацией и своевременной выпиской, проведением ВВЭ и медико-социальной экспертизы;

— руководство проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
— руководство организацией справочной работы о поступивших в ТГЗ раненых и больных и исходах их лечения;
— руководство организацией обеспечения ТГЗ и ОП нормативными, методическими, инструктивными документами, материалами Минздрава России, Минобороны России;
— организация научно-исследовательской работы по вопросам деятельности специальных формирований;
— организация и планирование мероприятий по специальной подготовке, и усовершенствованию медицинского состава ТГЗ и ОП;
— организация медицинского снабжения ТГЗ и ОП в период мобилизации и в военное время;
— руководство медицинским и бухгалтерским учетом и отчетностью подведомственных специальных формирований, представление установленных отчетов, докладов и донесений;
— организация и проведение статистического анализа лечебной работы в ТГЗ, подготовка справочных материалов о движении раненых и больных и исходах их лечения;
— оперативное руководство и контроль за расформированием ТГЗ и ОП.

Месторасположение органов управления СФЗ планировалось за счет площадей, имеющихся в распоряжении Минздрава России и органов управления здравоохранением субъектов РФ.

В зависимости от объема решаемых задач состав органов управления СФЗ может быть различным.

Главное управление по руководству СФЗ предусматривалось сформировывать в следующем составе: руководитель, его заместители, главные медицинские специалисты (хирург и терапевт), три управления (организационно-плановое, лечебно-профилактическое и медицинского снабжения) и два отдела (финансово-экономический и защиты государственной тайны).

Управления и отделы, в свою очередь, предусматривались из отделов и отделений, обеспечивающих выполнение задач, возложенных на Главное управление.

Состав отдела по руководству ТГЗ: начальника отдела, его заместителя, главных медицинских специалистов (хирург,

терапевт), инспекторов-врачей, инспектора-провизора, инспектора (по спецработе), бухгалтера, делопроизводителя, машинисток и водителя.

Состав сектора по руководству ТГЗ: начальника сектора, инспектора-врача, инспектора-провизора, делопроизводителя, и водителя.

Комплектование органов управления СФЗ личным составом должно производится в мирное время в соответствии с ранее изложенными принципами. Главной особенностью в этой работе является персональный отбор и предназначение сотрудников отраслевого органа управления здравоохранением, с учетом их опыта работы, деловых качеств и способностей, которые должны обеспечить преемственность в работе между соответствующими подразделениями мирного и военного времени.

Лица, утвержденные на должности начальников органов управления СФЗ, изучают в мирное время мобилизационные документы по специальным формированиям в полном объеме и могут привлекаться к выполнению отдельных мероприятий по их мобилизационной подготовке.

Начальники органов управления СФЗ подчинены руководителям отраслевых органов управления здравоохранением, пользуются правами их заместителей и являются прямыми начальниками для подчиненных и подведомственных специальных формирований и находящихся в них на излечении раненых и больных.

Расформировываются органы управления СФЗ после завершения работы подведомственных ТГЗ и ОП.

Приведенные выше данные и происходящие события в мире свидетельствуют о том, что СФЗ, а именно ТГЗ, ОП, а так же органы управления эвакуации (РЭП, МЭП), остаются важным звеном в системе медицинского обеспечения войск в современной войне, не утратили своего значения и могут быть реализованы в настоящее время.

Совершенствование военно-медицинской науки и практики, способов и методов лечения современной боевой патологии предполагает дальнейшее научное изучение, совершенствование их организационной структуры и повышение уровня мобилизационной подготовки здравоохранения.

2. ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РАНЕНЫХ И БОЛЬНЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ИЗ ГОСПИТАЛЬНЫХ БАЗ В ЛЕЧЕБНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ГРАЖДАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1. Анализ экспертных оценок по общим вопросам организации и проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих

В рамках проведения поискового научного исследования по специально разработанной анкете, было опрошено 278 человек, 85,3% которых являются организаторами здравоохранения.

Среди респондентов 1,1% — доктора медицинских наук (3 чел.), 10,1% — кандидаты медицинских наук (28 чел.), 2 чел. или 0,7 % — это кандидаты иных наук. Из общего числа респондентов 88,1% (245 чел.) не имеют ученой степени. Соответственно, ученое звание отсутствует у 96,8% респондентов, 2,5% (7 чел.) имеют звание доцента, а 0,7% (2 чел.) — профессора.

В среднем, стаж работы применительно к изучаемым проблемным вопросам составил 13,3 лет. Основной пул респондентов составили врачи-организаторы здравоохранения.

Среди респондентов 15,5 % (43 чел.) указали на имеющийся собственный опыт по разработке (участию в разработке) нормативных и методических документов, регламентирующих порядок отвода и передачи лечебных медицинских организаций, подведомственных органу исполнительной власти в сфере охраны здоровья, для оказания медицинской помощи военнослужащим, определения готовности этих организаций к работе и порядка функционирования (далее — Порядок отвода и функционирования), в 84,5% случаев (235 чел.) не имели опыта разработки таких документов.

Лишь 23,0% (64 чел.) ответили, что современное состояние нормативного регулирования Порядка отвода и функционирования обеспечивает выполнение соответствующих мероприятий в полном объеме, частично или ограниченно обеспечивают — в 14,7% (41 чел.) и 12,6% (35 чел.) соответственно. В 41,7% случаев

(116 чел.) респонденты указали, что затрудняются дать какой-либо ответ.

Фактически в половине случаев (46,8% или 130 чел.) респонденты отметили, что Минздрав России должен осуществлять выбор и решение об отводе федеральной лечебной медицинской организации для нужд Минобороны России, в 25,9% — Межведомственная комиссия, возглавляемая заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации, в 24,8% — Правительство Российской Федерации.

Таким образом, государственный регулятор в сфере охраны здоровья в полной мере должен осуществлять отвод федеральных лечебных медицинских организаций всех форм собственности для нужд Минобороны России. Примечательно, что всего два респондента указали, что эту функцию может выполнить Минобороны России.

Схожие результаты получены при отводе региональных лечебных медицинских организаций. По мнению респондентов, отвод региональной лечебной медицинской организации для нужд Минобороны России должен осуществляться органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья (41,7% или 116 чел.) или же межведомственной региональной комиссией, возглавляемой заместителем руководителя регионального органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан (32,7% или 91 чел.) Лишь 23,4% (65 чел.) полагают, что эта функция может быть возложена на высший исполнительный орган региона.

Подавляющее число респондентов (70,5% или 196 чел.) считают, что в настоящее время возрастает значимость нормативного регулирования Порядка отвода и функционирования гражданских лечебных медицинских организаций. Среди основных причин, обуславливающих такую необходимость, в 47,5% случаев отмечено появление значительного числа раненых военнослужащих в современных вооруженных конфликтах, нуждающихся в оказании специализированной медицинской помощи и длительных сроках лечения в стационарных условиях. Второе место занимают изменившиеся условия геополитического положения России (43,9%). В 39,9% случаев отмечена необходимость реализации эшелонирования оказания медицинской помощи военнослужащим, в том числе в гражданских лечебных медицинских организациях.

На сегодняшний день решение по отводу функционирующих лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения для оказания медицинской помощи военнослужащим в большинстве случаев респондентами (39,2% или 109 чел.) отмечено как взвешенное и оптимальное. Однако отсутствие научной базы для принятия такого решения вызывает серьезную озабоченность в оценки его правильности среди специалистов гражданского здравоохранения (16,9% затруднились в оценке, не лишено недостатков отметили 16,5%, в 13,3% респонденты указали на спорность решения, требующего научной проработки отметили 9,4%). Иными словами, в 56,1% случаев (156 чел.) респондентами сформирован запрос на однозначные, научно обоснованные и неоспоримые критерии принятия решения по отводу лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения для оказания медицинской помощи военнослужащим.

Среди всех уровней региональных лечебных медицинских организаций самым правильным, по мнению респондентов, считается отведение многопрофильной медицинской организации 3 уровня (39,6%) для оказания медицинской помощи военнослужащим. Следующей лечебной медицинской организацией, способной адекватно выполнять поставленные задачи, является специализированная медицинская организация 3 уровня (38,1%). Неизменным лидером по всем критериям является республиканская (краевая, областная) больница — 48,6%; следующей за ней, но со значительным отставанием, отмечена больница скорой медицинской помощи — 30,2%.

Таким образом, необходимо подчеркнуть значительную осведомленность о характере ранений, получаемых военнослужащими, респондентов гражданской системы здравоохранения, и правильности выбора лечебной медицинской организации, с учетом компетенций и навыков, работающих в ней специалистов, и ее оснащенности диагностическим и лабораторным оборудованием.

С учетом ведомственной принадлежности, наиболее оптимальным является выделение лечебных медицинских организаций ФМБА России (44,6%), Минздрава России (42,8%), Минобрнауки России (33,85), и далее по нисходящий — любых многопрофильных лечебных медицинских организаций (29,9%). В пользу лечебных медицинских организаций РАН высказалось

28,8% респондентов. С учетом того, что большая часть таких организаций входит в ведомственное подчинение Минобрнауки России, то полагаем, что выбор респондентов уже отражен по лечебным медицинским организациям Минобрнауки России.

Коечная емкость лечебных медицинских организаций, задействованных для решения задач в интересах Минобороны России, в большинстве случае варьирует от 300 коек (25,9%) до 500коек (25,2%).

С учетом необходимости эшелонирования (61,2%) такие лечебные медицинские организации должны находиться на расстоянии от 300 км (23,4%) и более 500 км (20,5%) от Государственной границы Российской Федерации. Однако следует отметить, что в 34,5% респонденты затруднялись ответить на вопрос о целесообразности эшелонирования. Одним из факторов, который затруднял ответ, можно считать недостаточность базовых знаний в принципах и правилах отвода лечебных медицинских организаций для нужд Минобороны России. Данный вывод дополнительно подтверждается тем, что в 50,7% случаев респонденты затруднились ответить на вопрос о необходимости существенной переработки методических рекомендаций по Порядку отвода и функционирования, в 45,0% случаев заявили о необходимости такой переработки или создания новых методических документов.

По мнению 47,8% (133 чел.) респондентов, наиболее оптимальными критериями готовности лечебных медицинских организаций, отведенных для оказания медицинской помощи военнослужащим, являются полнота и качество укомплектования медицинскими работниками рассматриваемой для отвода лечебной медицинской организации (12%), обеспеченность оборудованием применительно к профилизации развернутых коек (11,6%), а также способность и тренированность медицинских работников к действиям по регулярному массовому приему раненых и больных военнослужащих, их медицинской сортировке и оказанию медицинской помощи.

В то же время 49,0% респондентов (136 чел.) указали, что перечисленные критерии либо ограниченно характеризуют готовность лечебной медицинской организации к отводу для нужд Минобороны России, либо вовсе затруднились ответить.

Учитывая изложенное, полученные при анкетировании результаты наглядным образом демонстрируют необходимость

проведения комплексного изучения подходов к формированию, расположению на территории страны и функционированию лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения, в которых должна оказываться медицинская помощь раненым и больным военнослужащим.

2.2. Анализ опыта организации и проведения медицинской эвакуации при лечебно-эвакуационном обеспечении специальной военной операции

Система организации медицинской помощи раненым в сложных условиях ведения боевых действий является составной частью отечественной военно-медицинской доктрины и включает: единое понимание задач медицинской службы по спасению жизни раненых и больных военнослужащих, быстрейшее восстановление их боеспособности, единый взгляд на принципы медицинской эвакуации и лечения [22].

Специальная военная операция (СВО) внесла свои коррективы в характер методов ведения войны, привела к кардинальному пересмотру тактики наступательных и оборонительных действий видов и родов войск, а применяемое противником вооружение, изменившее характер и процентное соотношение санитарных потерь в пользу минно-взрывных сочетанных и комбинированных повреждений, диктует необходимость пересмотра тактики оказания помощи на этапах медицинской эвакуации.

Активный характер наступательных операций неминуемо привел к увеличению санитарных потерь, перегрузке этапов оказания медицинской помощи, что определило необходимость подключения гражданских лечебных учреждений Министерства здравоохранения и ФМБА России к участию в оказании квалифицированной и специализированной медицинской помощи, реабилитационному лечению раненых и пострадавших.

Организованы и развернуты медицинские отряды специального назначения, передовые многопрофильные госпитали ФМБА как на вновь присоединенных территориях, так и приграничных зонах (Крым, Мариуполь и т.п.). Усиление этапов квалифицированной медицинской помощи врачебным составом разных специальностей позволяет не только повысить ее качество, но и приблизить максимально возможным образом раннюю специализированную медицинскую помощь, что поло-

жительно отражается как на последующих этапах, так и на конечном результате лечения раненых.

Опыт специалистов ФМБА и Минздрава России по организации оказания медицинской помощи раненым в СВО в условиях многоэтапности указывает на особо значимую роль медицинской эвакуации — правильно организованная ее маршрутизация, определение вида транспорта и сроков проведения медицинской эвакуации для раненых и больных военнослужащих разного профиля поражения во многом определяет успех оказания медицинской помощи, особенно сроки оказания специализированной медицинской помощи.

Необходимость проведения медицинской эвакуации вызвана рядом обстоятельств, в том числе:

1. Нуждаемость многих раненых и больных в оказании экстренной медицинской помощи, необходимой для спасения жизни, в самое ближайшее время;

2. Нуждаемость значительной части раненых, больных и пострадавших в оказании специализированной, медицинской помощи в экстренной форме, которую невозможно оказать в районе боевых действий.

В 2021 г. в связи с исключением создания специальных формирований здравоохранения, по мнению гражданских и военных специалистов получилось некоторое разобщение в системе проведения ЛЭМ, существует много проблем, требующих согласования на разных уровнях, нет соответствующих органов управления — бывших секторов и отделов в Министерствах здравоохранения субъектов, нет утвержденных регламентов межведомственного взаимодействия при организации и проведении медицинской эвакуации из ГБ в ЛМО ГЗ, что требует дальнейшей научной проработки:

— организация поэтапной медицинской помощи и медицинской эвакуации раненым и больным военнослужащим в ЛМО ГЗ до мобилизации, в период развертывания войск и в ходе военных событий (оперативные койки ЛМО ГЗ, СФЗ);
— развертывание и организация работы ЭПр в пунктах выгрузки транспортных средств с ранеными и больными;
— оказание ЭМП раненым и больным в ЭПр;
— мониторинг раненых и больных в ЭПр и ЛМО ГЗ.

В настоящее время нет четких позиций нормативного регулирования по исполнителям организации проведения медицинской эвакуации и применяемыми транспортными средствами для доставки значительного количества раненых в ЛМО ГЗ.

Медицинская эвакуация раненых и больных в ЛМО ГЗ в условиях современной войны может быть представлена как комплекс организационных, медицинских и технических мероприятий по отбору и подготовке раненых и больных к медицинской эвакуации, погрузке их в транспортные средства, оказанию медицинской помощи и уходу за ранеными и больными в пути следования, разгрузке транспортных средств в пунктах назначения и доставке раненых и больных в соответствующие ЛМО МЗ.

По современным представлениям медицинская эвакуация из ГБ в ЛМО ГЗ подлежат раненые и больные, которые после окончания лечения не могут быть возвращены в строй (независимо от продолжительности лечения), а также раненые и больные, нуждающиеся в длительном лечении, превышающем установленные для ГБ сроки.

Объем и сроки медицинской эвакуации раненых и больных во внутренние районы страны будут зависеть не только от величины и структуры санитарных потерь, но и от обстановки на фронтах, состояния развернутой в глубине страны коечной сети, эвакуационных возможностей транспортных коммуникаций, наличия санитарно-транспортных средств и т.д.

Возможные сроки готовности раненых и больных к медицинской эвакуации из ГБ в тыл страны в СВО определяется тяжестью ранения (поражения), временем, необходимым для подготовки раненых и больных к медицинской эвакуации, видом эвакуационно-транспортных средств. Для значительной части раненых и больных медицинская эвакуация за пределы фронта ВСП и СТС может быть начата с 5–7 суток после их поступления в ГБФ, медицинская эвакуация воздушным транспортом — со 2–3 суток. В современной системе ЛЭМ в организации медицинской эвакуации раненых и больных принимают участие: — военно-медицинское управление, ЭП, УГБ; во внутреннем районе страны — МЭП, РЭП, медицинская служба ВОВВ. Общее руководство медицинской эвакуацией раненых и больных в ЛМО ГЗ осуществляется ГВМУ МО. Кроме органов управления к медицинской эвакуации раненых и больных при-

влекается большое количество сил и средств как военного, так и гражданского ведомств. В связи с этим успешное решение задач по медицинской эвакуации раненых и больных из ГБ в ЛМО ГЗ возможно только при четкой организации взаимодействия между органами управления здравоохранения, военно-медицинской службы, службы военных сообщений, МЧС, местных органов власти и т.д.

2.2.1. Организация и проведение медицинской эвакуации железнодорожным транспортом

Медицинская эвакуация железнодорожным транспортом раненых и больных занимала ведущее место в структуре ЛЭО в первой и второй мировой войнах. Во второй половине XX века ВСП в большинстве стран мира были законсервированы, а затем и утилизированы из-за изменившейся военной доктрины при которой ожидались локальные вооруженные конфликты, где характер санитарных потерь и высокий уровень развития санитарной авиации не оставляли места для МЭЖТ [16–18].

В начале XXI века стал формироваться мультимодальный подход к организации медицинской эвакуации. Согласно этому подходу необходимо использовать все преимущества различных видов санитарного транспорта при изменяющейся оперативной обстановке (неблагоприятные погодные явления; характер поражений, служащий противопоказанием к медицинской эвакуации конкретным видом транспорта; количество и доступность санитарного транспорта и т.д.).

При организации медицинской эвакуации раненых и больных во время СВО учитываются ряд факторов, осложняющих ЛЭО: опасность применения противником высокоточного оружия и ударных беспилотников; неравномерный и массовый поток раненых на этапах медицинской эвакуации; применение противником РСЗО и ракет с высокой дальностью поражения. Все эти факторы ставят вопрос о скорейшей, массовой медицинской эвакуации различных групп раненых и больных в ЛМО ГЗ. С этой целью с первых месяцев СВО медицинской службой МО РФ активно применяются Временные ВСП (ВВСП) для проведения МЭЖТ.

На основе статистического анализа медицинской документации, непосредственного практического опыта по проведению

МЭЖТ раненых и больных, при выполнении задач в интересах СВО, определены основные организационно-методические основы МЭЖТ в СВО.

Исследовательская работа проведена на основе анализа первичной медицинской документации 8 рейсов ВСП № 4 МО РФ. Период исследования: июль-август 2023 года. В исследовании использованы методы: математический анализ, непосредственное наблюдение.

Максимальная эвакоемкость ВСП № 4 составляет 384 раненых и больных, без ограничения объема оказываемой медицинской помощи до 360 раненых и больных. За время наблюдения средняя загрузка ВСП составила 338 ±25 раненых и больных, что говорит о стабильно высокой потребности в МЭЖТ из прифронтовой зоны.

В основном на ВСП № 4 перевозились раненые в удовлетворительном состоянии (92,38 %), нуждающиеся в долечивании и реабилитации. На ВСП в настоящее время не эвакуируются раненые в крайне тяжелом и критическом состоянии, что связано как с отсутствием оперативной необходимости в МЭЖТ на большие расстояния данной категории раненых и больных, ввиду стабильной работы санитарной авиации, так и в не вполне удовлетворительных условиях размещения, предоставляемых в ВВСП для данной категории раненых. Распределение категорий раненых и больных по тяжести состояния среди эвакуируемых ВСП № 4 представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение раненых по тяжести состояния при массовых МЭЖТ на ВСП № 4

Категория раненых по тяжести состояния	Значения относительного соотношения категорий раненых		
	Минимальное кол-во, %	Максимальное кол-во, %	Среднее кол-во, %
В удовлетворительном состоянии	88,92	95,88	92,38
В состоянии средней тяжести	2,40	7,08	4,74
В тяжелом состоянии	1,72	4,00	2,86

Относительно невысокий процент лежачих раненых и больных (5,76%) отражает как вышеописанные тенденции в ЛЭО при СВО, так и объективные трудности организации МЭЖТ в

современных условиях. МЭЖТ лежачих раненых проводится в плацкартных вагонах старого типа со складывающимся тамбурами. Количество данных вагонов ограничено, что снижает возможности по МЭЖТ данной категории раненых. Узость проходов, необходимость снятия поручней тамбуров для облегчения погрузки, возможность комфортного размещения лежачих раненых только на нижних полках также существенно ограничивают эвакоемкость пассажирских вагонов для лежачих раненых. Распределение категорий раненых и больных по степени мобильности среди эвакуируемых ВСП № 4 представлено в табл. 3.

Основную часть поражений у раненых при МЭЖТ составили огнестрельные ранения (включая минно-взрывные ранения) — 73,00 %, что обусловило необходимость постоянной работы перевязочной медицинской сестры.

Таблица 3

Распределение раненых по степени мобильности при массовых МЭЖТ на ВСП № 4

Категория раненых по степени мобильности	Значения относительного соотношения категорий раненых		
	Минимальное кол-во, %	Максимальное кол-во, %	Медиана, %
Ходячие	55,36	87,11	61,23
Маломобильные	11,54	48,55	19,45
Лежачие	1,45	8,08	5,76

Вместе с тем, вагон-операционная, организованная в модифицированном багажном вагоне оказался мало задействован в этом процессе по следующим причинам: сложность организации перемещения большого количества маломобильных и лежачих раненых во время движения для перевязки ран; невозможность своевременного обеспечения лежачих раненых перевязками во время стоянок из-за их нерегулярности и зачастую малого времени стоянок; оторванность постов вагонных медицинских сестер от работы вагона-операционной, что приводило к задержке своевременного обезболивания при перевязках. Проблема решается путем приближения хирургической помощи к раненым. Перевязочный кабинет организовывается персоналом ВСП по мере необходимости в первых, вторых отсеках плацкартного вагона во время перегонов между станциями высадки. Во вре-

мя перевязок для уменьшения бактериального обсеменения ран передвижения раненых и персонала в сторону котельного тамбура и через него разрешалось только для оказания экстренной медицинской помощи. Перевязка ран лежачих раненых осуществлялась непосредственно у полки пациента, ходячие и маломобильные раненые во время перевязки временно удалялись из отсека. Структура поражений у раненых во время МЭЖТ на ВСП № 4 представлена в табл. 4.

В настоящее время ВВСП органично вписаны в схемы маршрутизации раненых и больных из зоны СВО в тыловые медицинские учреждения.

Таблица 4

Структура поражений раненых при массовых МЭЖТ на ВСП № 4

Категория раненых по характеру поражения	Значения относительного соотношения категорий раненых		
	Минимальное кол-во, %	Максимальное кол-во, %	Медиана, %
Огнестрельные ранения	60,47	77,27	73,00
Травмы	10,74	15,35	13,00
Соматические заболевания	10,61	21,62	20,12
Прочее	1,38	2,56	1,95

Вместе с тем, имеющиеся сложности при МЭЖТ лежачих тяжелораненых, в том числе реанимационного профиля, диктуют необходимость совершенствования железнодорожного транспорта для проведения медицинской эвакуации.

В 20 веке эти проблемы решались путем создания специализированных военно-санитарных поездов. Ввиду отсутствия ВСП в настоящее время наиболее целесообразна дальнейшая разработка схем модификации пассажирских вагонов под нужды МЭЖТ тяжелораненых и больных. Вероятными путями решения существующих сложностей являются: создание государственного реестра пассажирских вагонов со складывающимся тамбуром с целью их ремонта, консервации и резервирования для формирования ВВСП; разработка и выпуск современных пассажирских вагонов с учетом последующей возможной модификации под цели МЭЖТ; научная проработка вопросов модификации пассажирских вагонов для тяжелораненых; разработка схем межведомственного взаимодействия при организации и проведении МЭЖТ.

Исходя из нашего опыта работы медицинских бригад на ВВСП, анализа международного опыта применения модифицированных вагонов наиболее рационально модифицировать плацкартные вагоны [19–21]. Основными видами модификации могут являться: снятие боковых полок для расширения коридора вагона; разборка купейных столиков, монтировка переносного перевязочного столика и создание ширмы для второго отсека плацкартного вагона с целью создания перевязочного кабинета.

В настоящее время мощность поездных розеток (100 Вт) и их количество не вполне удовлетворяют потребностям МЭЖТ раненых и больных реанимационного профиля, в этой связи необходимо включение в состав ВВСП вагона-электростанции с последующей прокладкой в модифицированный плацкартный вагон временной электропроводки, удовлетворяющей потребностям подключения медицинского оборудования (кислородоконцентраторы, аппараты ИВЛ, мониторы, импульсные лампы УФО и т.д.).

Одним из вариантов решения вопросов МЭЖТ на небольшие расстояния (150–200 км) по опыту СВО является применение на базе электричек Военно-санитарных летучек (ВСЛ).

Решение совокупности существующих сложностей при МЭЖТ тяжелораненых и больных из ГБ в ЛМО МЗ способно способно улучшить маршрутизацию медицинской эвакуации при ЛЭО в условиях СВО.

2.2.2. Организация и проведение медицинской эвакуации воздушным транспортом

В современных условиях ведения войн и вооружённых конфликтов САЭ является неотъемлемой частью системы ЛЭО. При медицинском обеспечении СВО стала очевидной необходимость разработки и применения методов эффективной САЭ. Основной задачей САЭ является максимально быстрое и безопасное перемещение раненых и больных из зоны боевых действий в специализированные ЛМО ГЗ, где может быть оказана высококвалифицированная и высокотехнологичная медицинская помощь. В отличие от медицинской эвакуации наземным и водным транспортом, САЭ обладает преимуществом скорости, что критически важно при тяжелых травмах, таких как минно-взрывные, черепно-мозговые и сочетанные ранения. На практике это

обеспечивает сохранение жизней военнослужащих и сокращает время, необходимое для их восстановления и возвращения в строй.

В начале проведения СВО использовался опыт проведения медицинской эвакуации раненых с передовых этапов оказания медицинской помощи в ЛМО ГЗ в ходе ранее проводимых различных вооруженных конфликтов, стихийных бедствиях и катастрофах. Учитывая особенности современных вооруженных конфликтов, в структуре ранений доминируют минно-взрывные ранения и травмы, характеризующиеся ежедневным поступлением на войсковые этапы оказания медицинской помощи значительного (100–300 и более) количества раненых. Большинство ранений имеют сочетанный характер и характеризуются «синдромом взаимного отягощения». К особенностям организации оказания медицинской помощи в условиях возникновения массовых санитарных потерь относится сокращение количества этапов медицинской эвакуации и времени, проведенного раненым на каждом из них. Таким образом, для обеспечения реализации военно-медицинской доктрины по оказанию помощи раненым военнослужащим, САЭ является важнейшим звеном ЛЭМ.

Целью САЭ в СВО является своевременная доставка больных и раненых военнослужащих в специализированные профильные лечебные учреждения. Для ее реализации постоянно совершенствуются методы и техническое оснащение при оказании медицинской помощи, внедряются методологии «многоэтапного хирургического лечения» (тактика «контроля повреждений»), тактика предэвакуационной подготовки, особенности интенсивной терапии в полете, продолжается изучение влияния отрицательных факторов полета на раненых и авиамедицинскую бригаду.

В военно-медицинских организациях 3-го уровня формируются направления (потоки) медицинской эвакуации раненых по степени тяжести повреждений. Легкораненые после оказания хирургической помощи эвакуируются в гарнизонные (базовые) филиалы и структурные подразделения окружных госпиталей. Тяжелораненые после оказания хирургической помощи и стабилизации состояния, эвакуируются для дальнейшего лечения в военно-медицинские организации военного округа (4-й уровень).

Тяжелораненые, нуждающиеся в сложных реконструктивных и высокотехнологичных оперативных вмешательствах, интен-

сивной терапии с применением аппаратных высокоспецифичных технологий подлежат медицинской эвакуации в центральные военно-медицинские организации Минобороны России (5-й уровень) и ЛМО ГЗ.

САЭ не является единственно возможным способом медицинской эвакуации раненых в тыловые военно-медицинские учреждения и ЛМО ГЗ. Широкое применение наземных железно-дорожных и автомобильных транспортных средств продемонстрировало высокую эффективность. Основным преимуществом САЭ перед наземной медицинской эвакуацией является скорость доставки раненых, несмотря на влияние ряда отрицательных факторов полета, таких, например, как гипобарическая гипоксия, и др., которые требуют дальнейшего научного изучения и проработки.

Анализ САЭ раненых и больных военнослужащих на самолетах Ил-76 в различных модификациях, Ан-72, Ан-26 в СВО проводился на основе опыта специалистов ФГБУ «Главный военно-клинический госпиталь имени академика Н.Н.Бурденко» Минобороны России.

Ил-76 оснащался двумя двухъярусными ММС — (каждый на 4 реанимационных места), тремя-четырьмя секциями ТСО — представляет собой каркасы-стойки, установленные в штатные места крепления палубы Ил-76 и размещенные на них носилки, находящиеся в обменном фонде аэродромной службы. Раненых располагали на стандартных носилках в 4 яруса (высота между ярусами 50 см), 3 ряда в секции. Эвакоёмкость четырех секций — 48 раненых лежа, трех секций — 36 раненых. Ан-72 и Ан-26 оснащались двумя двухярусными модулями ММВ — (каждый на 2 реанимационных места), ТСО на 8 раненых в положении лёжа.

При анализе доступных источников информации об опыте проведения САЭ в медицинских службах зарубежных стран, медицинских специалистов из МЧС, Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ «ГНЦ — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна» ФМБА России, а также опыта специалистов ВСМК в предыдущих военных конфликтах выявлено, что такие случаи были либо однократными, либо количество эвакуируемых было значительно меньше, а опыт Афганистана, контртеррористической операции на Северном Кавказе и Сирии малоприменим в современных условиях [23–29].

В ходе проведения СВО максимальное количество эвакуированных на Ил-76 одномоментно было 154 раненых. Для этого использовались 4 секции ТСО и 2 модуля медицинских самолетных. На 4 секциях ТСО размещаются 48 человек, далее на 2 модулях медицинских самолетных размещается 8 тяжелых раненых (4–5 из которых на ИВЛ), сидячие пациенты размещались на откидывающихся лавках и на рампе. При этом максимальное количество эвакуированных лежа составило 62 раненых (носилки с ранеными помимо штатных мест размещались на рампе), в среднем 46–54 раненых. Максимальное количество эвакуированных раненых в тяжелом состоянии, требующих проведения интенсивной терапии в полете составило 12 человек (в среднем 5), из них на ИВЛ находилось 8 раненых (в среднем 4).

Особенностью проведения САЭ в условиях СВО явилась необходимость изменения численного состава АМедБр. Причина этого — создание условий для сохранения режима работы, сна и отдыха личного состава. В начале СВО состав авиамедицинской бригады насчитывал до 11–12 человек для самолета Ил-76: 1 врач — организатор (анестезиолог-реаниматолог), 5 врачей-специалистов (2 хирурга, 3 анестезиолога-реаниматолога), 5 фельдшеров и 1 приданная медицинская сестра-анестезист. К маю 2022г., по мере накопления опыта и необходимости отдыха, состав бригады был сокращен до 6 человек: 1 врач — организатор (анестезиолог-реаниматолог), 2 врача-специалиста (1 хирург, 1 анестезиолог-реаниматолог), 3 фельдшера. С декабря 2022 вылеты стали носить характер ежедневных, а к апрелю 2024 г. состав бригады стал следующим: от 2 (Ан-72, Ан-26) до 4 человек (Ил-76) — 1 — врач организатор (анестезиолог-реаниматолог), 1(2) врач-специалист (либо хирург, либо анестезиолог-реаниматолог), 2 фельдшера.

Для оказания медицинской помощи раненым на борту самолета специалисты АМедБр используют укладки (медицинские сумки) с лекарственными препаратами, перевязочными средствами, современным лечебно-диагностическим оборудованием (аппараты ИВЛ, мониторы, шприцевые дозаторы, электроаспираторы, аппарат УЗИ, бронхоскоп, портативная лаборатория, аппарат для непрямого массажа сердца, запас кислорода). Часто на борт самолёта в силу разных обстоятельств поступают раненые, недостаточно подготовленные для медицинской эвакуации (с болевым синдромом, нефункциональными повязками, нефункци-

онирующими дренажами, катетерами, наличием значительного количества мокроты, с некомпенсированными сопутствующими заболеваниями). Выявить таких раненых при погрузке не всегда удаётся в виду затрудненного контакта, плохого освещения (в ночное время), либо отсутствия жалоб. Закономерно, что после набора высоты, ранее не выявленные проблемы обостряются и требуют их устранения. Раненым в тяжелом состоянии в течение всего полета проводится непрерывная интенсивная терапия в полном объёме, с возможностью её коррекции исходя из изменяющихся параметров жизнедеятельности и лабораторных данных. Данное обстоятельство подчеркивает необходимость развертывания приаэродромных ЭПр, полноценное оснащение и наличие хорошо обученных специалистов АМедБр. Вместе с тем в условиях проведения СВО, когда ЭПр на аэродромах могут быть мишенью для атаки дронами, практикуется загрузка раненых и больных в самолет сразу с прибывшего из госпиталя автосанитарного транспорта — «загрузка с колес».

Сформированные и экипированные АМедБр после прибытия на этап медицинской эвакуации, разделяются по двум направлениям:

1) Врач анестезиолог-реаниматолог (он же старший координатор в бригаде) и фельдшер выдвигаются в госпиталь (приаэродромный ЭПр), где производится оценка транспортабельности и подготовка к медицинской эвакуации раненых в тяжелом состоянии в отделении реанимации и интенсивной терапии с последующим их сопровождением до самолёта.

2) Врач и фельдшер остаются на борту воздушного судна, где проводят подготовку мест для медицинской эвакуации на ТСО и ММС.

Осмотр раненых и больных военнослужащих, оценка медицинской документации и транспортабельности осуществляется непосредственно на рампе самолёта или лётном поле после доставки раненых к самолёту санитарным автомобильным транспортом. Врач бригады на борту самолета осуществляет оценку состояния поступающих лежачих и сидячих раненых, производит окончательную медицинскую сортировку и определяет очерёдность погрузки. К этой задаче необходимо привлекать наиболее опытного врача АМедБр. От распределения пострадавших на борту самолета будет зависеть возможность визуального контроля за состоянием раненых: контроль дренажей, повязок,

иммобилизационных устройств, а также своевременное оказание экстренной медицинской помощи.

Очередность погрузки определяется возможным объёмом медицинской помощи, а также удобством размещения погрузочной командой раненых на ТСО, без лишней травматизации. Вначале осуществляется погрузка на ТСО, далее на ММС (или наоборот в зависимости от модели воздушного судна) и производится погрузка ходячих раненых. Очередность погрузки следующая:

— лежачие раненые с преимущественным повреждением опорно-двигательного аппарата (чаще всего требуется обезболивание и удобное положение поврежденных конечностей);
— лежачие с торакоабдоминальными ранениями; термическими повреждениями (чаще требуют контроля и ухода за зондами, дренажами, калостомами и вакуумными повязками, обезболивание и инфузионная терапия);
— лежачие с ранением в голову и с наличием трахеостомы (контроль за дыханием, положением на носилках и санация трахеобронхиального дерева);
— тяжелые пациенты из реанимационного отделения на ММС (ММВ);
— ходячие раненые.

Во время погрузки специалисты АМедБр на борту осуществляют проверку функционирования дренажей из плевральных полостей, проходимость зондов и катетеров, осмотр повязок на предмет возможного наружного кровотечения. Определяются пациенты, которые будут нуждаться в более тщательном наблюдении со стороны специалистов АМедБр и таком их размещении, при котором, в случае необходимости, возможно оказание экстренной медицинской помощи. Для понимания того сколько раненых на борту будут требовать обезболивания, фельдшер бригады проводит опрос и отмечает тех раненых, которые жалуются на интенсивный болевой синдром. Проводится обезболивание раненых в том числе с применением методов регионального обезболивания (блокада нервов и сплетений с применением пролонгированных анестетиков). Особого внимания требуют раненые с постоянным или временным протезированием магистральных сосудов в виду возможного развития кровотечения во время турбулентности, либо при посадке. Опыт указывает на необходимость наложения провизорных жгутов.

Время загрузки самолета Ил-76 от момента прибытия первого раненого до закрытия рампы составляет не более 2–2,5 часов. Это время было регламентировано службой безопасности аэродрома.

Санитарно-авиационная эвакуация раненых и больных характеризуется возможностью «утяжеления состояния пациента»; лечением в условиях ограниченного пространства, нестерильного помещения, отсутствие специальных лабораторных и инструментальных методов обследования; ограниченным количеством медицинского персонала, медикаментов и ненормированное время работы.

Во время проведения медицинской эвакуации авиационным транспортом к этим особенностям добавляются неблагоприятные факторы полета, ведущим из которых является гипобарическая гипоксия. В связи с этим особого внимания требуют пациенты с ранением грудной клетки, живота, головы. А также имеет значение ограниченное время подготовки пациента на борту перед взлетом для обеспечения безопасности полета [29].

В настоящее время нет достоверных шкал оценки транспортабельности пациентов авиационным транспортом. При оценке возможности медицинской эвакуации, целесообразно разделять критерии транспортабельности на относительные и абсолютные. Если какой-то из критериев нельзя устранить в ходе предэвакуационной подготовки, раненый признаётся нетранспортабельным. Учитывая полученный опыт (оказание экстренной медицинской помощи во время полёта, летальность в первые сутки после медицинской эвакуации, повторные оперативные вмешательства по поводу осложнений, развившихся в ходе санитарно-авиационной эвакуации) были сформулированы противопоказания к массовой санитарно-авиационной эвакуации:

— рефрактерный шок;
— напряженный пневмоторакс;
— продолжающееся кровотечение либо анемия Hb менее 80 г/л;
— атоническая кома, признаки вклинения головного мозга;
— тяжелое повреждение легких КТ 4, индекс оксигенации менее 100, FiO_2 выше 80,0%;
— эфферентные методы лечения в предшествующие 6 ч;
— калий сыворотки более 5,6 ммоль/л;

— операции на крупных сосудах и абдоминальные операции с наложением кишечных анастомозов в первые сутки;
— «непонятный», «недообследованный», «с колес» раненый (несоответствие клинической картины диагнозу).

Вопрос критериев транспортабельности дискутабелен [30], в каждом конкретном случае используется «индивидуальный подход», что накладывает особую ответственность на специалистов АМедБр не только во время непосредственно полёта, но и во время размещения на воздушное судно и выгрузки из него.

Ещё одной особенностью стал пересмотр вариантов размещения медицинских модулей на борту самолёта. Активное использование ММС и ММВ было начато в 2014 году при выполнении задач по медицинской эвакуации раненых из регионов Российской Федерации в военно-медицинские организации Санкт-Петербурга и Москвы, а затем из Сирийской Арабской республики. Тогда модули размещали в носу воздушного судна, а транспортное санитарное оборудование в хвосте. В условиях холодного климата для максимально быстрой эвакуации раненых в тяжелом состоянии на борту самолета, было принято решение о размещении модулей в корме воздушного судна. Таким образом, время нахождение раненых в тяжелом состоянии, в том числе на ИВЛ, на борту было сведено к минимуму.

В связи с большим количеством эвакуируемых пострадавших и дефицитом мест для раненых и больных в положении сидя, пациенты на ИВЛ размещаются на двух ярусах одной стороны ММС; по левому борту напротив модулей оставляется не менее 10 посадочных мест свободного пространства. Это пространство необходимо для свободного доступа к раненым тяжелом состоянии, размещенным на модуле, а также для оказания экстренной медицинской помощи всем остальным раненым при необходимости.

При подготовке к САЭ необходима реальная оценка профессиональных возможностей специалистов АМедБр. Количество и тяжесть раненых, размещенных на борту самолета, не должны противоречить законам безопасности, надежности и человеческим возможностям. При эвакуации на самолёте ИЛ-76 использовался следующий расчёт размещения раненых по категориям: в тяжёлом состоянии 5–6 человек; в положении лёжа — 48 (при 4 секциях ТСО), 36(при 3 секция ТСО). В положении сидя (исходя из количества посадочных мест по правому борту, частично по

левому (не напротив ММС) и между секциями ТСО) в зимнее время года — 40–46 человек, в летнее — 50–56 (включая размещение на рампе).

Для эффективной работы специалистов АМедБр в полете организовано рабочее место со свободным доступом любого члена бригады к расходному медицинскому имуществу, перевязочным материалам, дезинфекционным средствам и средствам защиты. Особое внимание в процессе проведения медицинской эвакуации уделяется мониторингу витальных функций раненых в тяжелом состоянии и непрерывности интенсивной терапии во время полёта:

— уход с реализацией физиологических потребностей раненых;
— обезболивание (наркотическими и ненаркотическими) анальгетиками;
— перевязки при промокании повязок и устранение (снижение темпа) продолжающегося наружного кровотечения, при недостаточной подготовке к медицинской эвакуации;
— оценка волемического статуса раненого и инфузионная терапия для профилактики вторичных ишемических повреждений;
— кислородотерапия и контроль насыщения гемоглобина крови кислородом у раненых с дыхательной недостаточностью.

Для своевременной оценки ухудшения состояния раненых, с интервалом в 10–20 минут осуществлялся обход ТСО для своевременного обнаружения утяжеления состояния раненых, требующих оказания экстренной медицинской помощи.

В процессе САЭ как правило выполняются:

— реанимационные мероприятия;
— остановка наружного кровотечения;
— санация трахеобронхиального дерева посредством бронхоскопа;
— устранение пневмоторакса пункцией и (или) дренированием плевральной полости;
— регионарная анестезия под УЗИ навигацией, при невозможности купирования боли наркотическими анальгетиками;
— катетеризация центральных сосудов под УЗИ навигацией, в случае тромбоза основной магистрали, дислокации катетера;
— устранение психомоторного возбуждения, купирование эпилептических приступов;

— коррекция параметров вентиляции и КЩС после проведения исследования на «портативном» лабораторном оборудовании.

По прибытии на аэродром назначения старший АМедБр (врач-координатор) оперативно проводит согласование действий со старшим сортировочной бригады ЭПр аэродрома по очередности выгрузки раненых и их медицинской сортировки по направлению, по назначению в военно-медицинскую лечебную организацию или ЛМО ГЗ. Указываются раненые, которые заслуживали внимания во время полета. Первыми выводятся из самолета ходячие раненые, параллельно с этим происходит доведение информации до старших реанимационных бригад принимающих госпиталей о состоянии тяжело раненых. Далее производится выгрузка лежачих пациентов согласно указаниям старшего руководителя сортировочной бригады.

Опыт проведения санитарно-авиационной медицинской эвакуации в условиях СВО показал высокую эффективность и незаменимость данного метода при транспортировке раненых в специализированные ЛМО. САЭ позволяет сократить время доставки пациентов с тяжёлыми и осложнёнными травмами, что значительно повышает их шансы на выживание и последующее восстановление. Этот вид медицинской эвакуации особенно важен при массовых санитарных потерях, когда своевременная медицинская эвакуация становится одним из факторов, определяющих исход лечения и освобождение коек в передовых госпиталях. Многочисленные вылеты АМедБр и регулярная транспортировка большого числа раненых свидетельствуют о высоком уровне организации и гибкости системы санитарно-авиационной медицинской эвакуации в вооружённых силах России.

В СВО выявлена важность разработки и внедрения единых критериев транспортабельности, особенно в условиях массовой санитарно-авиационной медицинской эвакуации. Отсутствие юридически закреплённых стандартов и методик оценки транспортабельности осложняет работу авиамедицинских бригад, вынуждая их принимать решения в условиях высокой ответственности и риска. Формирование стандартизированных подходов, в том числе юридическая регламентация критериев транспортабельности, позволит снизить вероятность осложнений и улучшить общие показатели безопасности полётов. Это также будет способствовать юридической защите медицинского

персонала, что особенно важно при массовых эвакуациях в условиях боевых действий.

Технические аспекты и оснащение воздушных судов медицинскими модулями сыграли решающую роль в обеспечении высокого уровня медицинской помощи в полёте. Использование специализированного оборудования, включая аппараты ИВЛ, мониторы жизненных показателей и портативные лаборатории, обеспечило возможность проведения интенсивной терапии и контроля состояния тяжелораненых во время полёта. Опыт СВО подчеркнул необходимость постоянного совершенствования медицинского оборудования и технологий, используемых в санитарно-авиационной медицинской эвакуации, а также важность подготовки медицинских кадров для работы в условиях ограниченного пространства и воздействия неблагоприятных факторов полёта.

Сравнительный анализ с опытом других стран и предыдущих военных конфликтов показал, что российская система САЭ продемонстрировала высокий уровень результатов, превосходящие показатели массовых эвакуаций, проводимых ранее. Максимальная эвакоемкость в одном рейсе на Ил-76 достигла 154 человек, что значительно превышает данные аналогичных операций в других странах. Данное обстоятельство подчеркивает необходимость дальнейших исследований и совершенствования методов массовой санитарно-авиационной медицинской эвакуации, что позволяет обеспечить эффективную и своевременную медицинскую помощь в условиях вооружённых конфликтов высокой интенсивности.

Таким образом, анализ опыта организации и проведения санитарно-авиационной медицинской эвакуации раненых, накопленный в ходе СВО, подчеркивает значимость создания гибкой, высокоадаптивной системы медицинской эвакуации, способной оперативно реагировать на изменения боевой обстановки и обеспечивать безопасность и эффективность транспортировки раненых. Этот опыт станет основой для дальнейших исследований и улучшений, направленных на повышение готовности и эффективности медицинского обеспечения вооружённых сил России в условиях современных конфликтов и массовых санитарных потерь.

2.2.3. Организация и проведение медицинской эвакуации автомобильным транспортом

Применение автомобильного транспорта для проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих и гражданского населения в ЛМО ГЗ в условиях СВО обоснованно и используется в следующих случаях:

— из тыловых приаэродромных, прирельсовых ЭПр в ЛМО ГЗ;
— медицинская эвакуация раненых и больных военнослужащих первичного потока раненых при возникновении санитарных потерь в войсках на территории ВОВВ, при их формировании и выдвижении (до 30,0%);
— медицинская эвакуация раненых и больных из числа гражданского населения при возникновении санитарных потерь в тылу страны.

Для организации медицинской эвакуации санитарным транспортом в зоне ТВД используются силы и средства отдельных автомобильных санитарных батальонов Минобороны России для:

— для доставки раненых и больных из ГБ на железнодорожные станции (аэродромы, порты) погрузки;
— для перевозки раненых и больных из ГБ в госпитальные базы перегрузочных районов;
— для медицинской эвакуации раненых и больных из ГБ в близкорасположенные ЛМО ГЗ;
— для медицинской эвакуации раненых и больных из ГБ в ЛМО ГЗ на территории регионов страны со слаборазвитыми коммуникациями, а также в конкретных условиях оперативной, тыловой и медицинской обстановки, складывающейся в зависимости от характера боевых действий.

Для организации медицинской эвакуации санитарным транспортом в тылу страны при возникновении первичных потоков раненых и больных из числа военнослужащих и гражданского населения привлекаются машины скорой медицинской помощи и медицинские работники станций (подстанций) скорой медицинской помощи субъекта Российской Федерации (Постановление Правительства Российской Федерации от 31 мая 2023 г. № 896).

2.3. Анализ работы эвакуационного приемника как этапа медицинской эвакуации в современных условиях

Условия СВО не позволяют заблаговременно сосредоточивать всех подлежащих эвакуации раненых и больных военнослужащих в местах погрузки для дальнейшей медицинской эвакуации и требуют организации быстрой выгрузки прибывающих раненых и больных, сосредоточения их вдали от мест стоянки транспортных средств (железнодорожных, воздушных, водных и пр.). В связи с этим при организации массовой медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих силы и средства, выделяемые для ее обеспечения, должны находиться как в местах погрузки/выгрузки, так и в пункте, обеспечивающем сосредоточение эвакуируемых или прием прибывающих контингентов. Состав сил и средств в местах погрузки и пункте сосредоточения (приема) может быть различным и изменяться в зависимости от обстановки и решаемых задач. Для этих целей в качестве этапа медицинской эвакуации развертываются ЭПр приаэродромные, прирельсовые, припортовые и пр.

Организационно-методическое обеспечение работы ЭПр в СВО изучено на основе опыта работы Полевого мобильного госпиталя (ПМГ) Центра лечебно-эвакуационного обеспечения клиники им. А.И. Бурназяна ФМБА России в качестве ЭПр, опыта МОСН Минобороны в качестве ЭПр.

В 2022–2024 гг. осуществлялось создание и работа СМО ФМБА России для их участия в медицинском обеспечении военнослужащих и населения, пострадавшего в зоне проведения СВО. В этой связи в работе ЭПр вахтовым методом принимают участие СМО из различных ЛМО ФМБА России.

В составе ЭПр развернуты функциональные подразделения: приемно-эвакуационное (1 модуль); перевязочная (1 модуль); реанимация (1 модуль на 3 койки); госпитально-эвакуационное (3 модуля); аптечный склад (1 модуль); хозяйственные склады (2 модуля); столовая для персонала (1 модуль); отделение инженерно-технического обеспечения — 1 модуль.

Общая коечная мощность — возможность одновременного размещения лежачих пациентов — 20 коек.

Задачи ЭПр: прием и регистрация пациентов; проведение их медицинской сортировки и подготовка к дальнейшей медицинской эвакуации; оказание медицинской помощи в экстренной и

неотложной формах; организация и проведение медицинской эвакуации в стационарные военные и гражданские ЛМО на территории Республики Крым согласно принципам маршрутизации.

В составе ЭПр — 21 сотрудник, в т.ч. руководство — 1; врачи — 7; медицинский персонал со средним профессиональным образованием — 8; прочие (техник и водители) — 5.

Состав специалистов и объем работы развертываемых подразделений может меняться в зависимости от условий оперативной и медико-тактической обстановки, массовости поступления пациентов и др.

Работа осуществляется вахтовым методом, продолжительность вахты — 33 сут. Персонал ЭПр составляют специалисты ЛМО, подведомственных ФМБА России, находящихся в Центральном, Южном, Уральском и других федеральных округах.

В процессе работы осуществляется постоянное взаимодействие с различными гражданскими и военными ведомствами и службами. С местными руководителями здравоохранения и местной администрацией согласовываются место развертывания ЭПр; использование площадей и мощностей имеющихся больниц для оказания медицинской помощи раненым в крайне тяжелом состоянии; использование сил и средств местной станции скорой медицинской помощи для медицинской эвакуации раненых в местные ЛМО.

С руководством подразделений Минобороны России и Росгвардии решаются вопросы информационного обмена о раненых и больных, эвакуируемых в ЭПр (число, степень тяжести состояния, время отправки, транспорт); маршрутизации из ЭПр и вопросы госпитализации; предоставления эвакуационных средств (санитарные автобусы, вертолеты); обеспечения безопасности территории ЭПр и др.

Пациенты из медицинских подразделений войсковой медицинской службы поступают неравномерно — от 30 до 150 чел. в сутки, в зависимости от военно-тактической обстановки в регионе.

Кроме того, в условиях ЭПр оказывается амбулаторная помощь военнослужащим из частей, временно расположенных в 5–10 км от места дислокации ЭПр.

В общем числе поступивших доля раненых составляет более двух третей, остальные пациенты — пострадавшие с небоевой травмой и больные соматическими заболеваниями.

Большинство пациентов поступают с поражениями средней и легкой степени тяжести. Среди них доля пациентов с минно-взрывными травмами, осколочными ранениями, закрытыми черепно-мозговыми травмами (контузиями) и пулевыми ранениями составляет до 15,0%.

Распределение раненых по локализации повреждений: с поражением конечностей — 32,0%, с сочетанными поражениями — 27,0%.

Подавляющее большинство пациентов поступают с ранениями мягких тканей, одна десятая — с огнестрельными переломами. Как правило, такие пациенты поступают с уже наложенным аппаратом внешней фиксации или в гипсовой повязке.

При осложненных ранениях с повреждением крупных сосудов и нервов пациентам устанавливают временные шунты и проводится их незамедлительная медицинская эвакуация в госпиталь.

Доля раненых с полостными ранениями составляет более 12,0% среди всех поступающих с элементами оказания медицинской помощи в соответствии с тактикой проведения этапной хирургической операции: при резекции кишечника не всегда выполнялся анастомоз или выведение стомы, кишечник ушивался наглухо с указанием в сопроводительных документах о необходимости выполнения программной релапаротомии. Таких раненых отправляют на следующий этап медицинской эвакуации также в первую очередь.

При поступлении раненых с политравмой, находящихся в состоянии тяжелой степени тяжести, их пребывание в ЭПр — не более 15–20 мин, после чего пациентов в сопровождении реанимационной бригады эвакуируют в госпиталь.

В условиях ЭПр перед проведением дальнейшей медицинской эвакуации пациентам оказывают необходимую медицинскую помощь. Оперативные вмешательства (ревизия кровоточащих ран мягких тканей, первичная хирургическая обработка мягких тканей и др.) требовались примерно 10,0% поступивших.

Из специальных методов исследования в условиях ЭПр — при необходимости уточнения диагноза для принятия дальнейшего лечебно-эвакуационного решения — применяется рентгеноскопия.

В соответствии с принципами маршрутизации дальнейшая медицинская эвакуация раненых осуществляется санитарным

автотранспортом и вертолетами Росгвардии и Минобороны России в военные и гражданские ЛМО.

Пациентов в тяжелом состоянии, в том числе на искусственной вентиляции легких, эвакуируют в сопровождении реанимационной бригады на реанимобилем или вертолетом.

Учитывая, что плечо эвакуации до ЛМО ГЗ — около 400 км, а ЭПр развёрнут практически в средней точке лечебно-эвакуационного маршрута, он является важным этапом медицинской эвакуации.

За прошедший период (более двух лет) отработаны оптимальный состав медицинских специалистов ЭПр и объем медицинской помощи, оказываемой в различных условиях и при различных нагрузках. На основе данного опыта проработаны организационно-методические основы различных вариантов развертывания ЭПр для выполнения следующих задач:

— прием, медицинская сортировка раненых и больных военнослужащих с целью выявления очередности медицинской эвакуации различными видами транспорта;
— оказание экстренной медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях;
— временное размещение раненых и больных военнослужащих;
— выявление и изоляция инфекционных больных, проведение противоэпидемических мероприятий;
— прием и распределение прибывших раненых и больных пострадавших по ЛМО ГЗ и др.

2.4. Резюме

Медицинская эвакуация раненых и больных военнослужащих в ЛМО ГЗ является важным компонентом системы ЛЭО в СВО при реализации тесного взаимодействия медицинских сил и средств Минобороны России и гражданского здравоохранения. Анализ организации и проведения медицинской эвакуации с применением различных видов транспортных средств выявил ряд проблемных вопросов, позволил наметить пути решения в рамках продолжения НИР. Результатом обобщения полученного опыта стала разработка организационно-методических основ организации и проведения медицинской эвакуации в СВО с учетом необходимости постоянной адаптации к меняющимся условиям оперативной обстановки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение и анализ организационных и методологических подходов к проведению медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в действующей системе ЛЭО в СВО позволяет констатировать отсутствие регламентированного межведомственного взаимодействия и порядка организации и осуществления медицинской эвакуации при проведении ЛЭМ.

В основе ЛЭО, как технологии внедрения порядков оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих различной степени тяжести состояния и профиля патологии лежит ряд мероприятий по определению соответствующих ЛМО для отвода (их месторасположение, степень укомплектованности профессионально подготовленными медицинскими кадрами, соответствующим материально-техническим оснащением), определения порядка их функционирования как этапов медицинской эвакуации.

Анализ организации и проведения медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих при СВО с применением железнодорожного, воздушного, автомобильного и водных видов транспорта выявил необходимость изучения работы прирельсового, приаэродромного и других видов эвакуационных приемников — как этапов медицинской эвакуации.

Комплексный подход к решению организационных, управленческих, медицинских и технических актуальных вопросов медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих при СВО не только в системе здравоохранения страны, но и в других министерствах и ведомствах, которыми регулируется взаимодействия в системе ЛЭО демонстрирует необходимость выполнения межведомственного и междисциплинарного научного исследования, посвященного дальнейшему развитию и совершенствованию лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в условиях военных конфликтов, что будет являться вкладом в безопасность страны.

Результаты начального этапа НИР доложены:

1. Доклад на 23-м Всероссийском научно-практическом конгрессе с международным участием «Скорая медицинская помощь — 2024» 13–14.06.2024 г. «Совершенствование системы лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС: состояние и перспективы развития с применением беспилотных

летающих аппаратов. Проблемы подготовки кадров». Докладчики: Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Марков С.В., директор Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Старков А.С., к.м.н., врач анестезиолог-реаниматолог Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

2. Доклад на Военно-техническом форуме «Армия — 2024», на пленарном заседании «Актуальные вопросы организации медицинского обеспечения в ходе СВО» 14.08.2024 г. «Проблемы подготовки медицинских специалистов для работы в вооруженных конфликтах». Докладчики: Самойлов А.С., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

3. Доклад на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медицина катастроф — 2024» 25–27.09.2024 г. «Медицинская эвакуация раненых, больных и пострадавших в осложненных ЧС в лечебные организации здравоохранения — важная задача ВСМК, проблемы подготовки кадров». Докладчики: Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Бобий Б.В., д.м.н., доцент кафедры медицины катастроф ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; Фисун А.Я., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой управления военным здравоохранением филиала Военно-медицинской Академии им. С.М. Кирова.

4. Доклад на 6-й научно-практической конференции Центрального региона России «Актуальные вопросы внедрения инновационных технологий в практику скорой медицинской по-

мощи» 24–25.11. 2024г. «Медицинская эвакуация раненых, больных и пострадавших в осложненных ЧС в лечебные организации здравоохранения, проблемы подготовки кадров». Докладчики: Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Бобий Б.В., д.м.н., доцент кафедры медицины катастроф ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

5. Доклад на Секции профилактической медицины Отделения медицинских наук РАН 07.11. 2024г. «Проблемы научного обоснования совершенствования системы лечебно-эвакуационного обеспечения раненых, больных и пострадавших в вооруженных конфликтах и других чрезвычайных ситуациях: состояние и совершенствование подготовки кадров Службы медицины катастроф». Докладчики: Самойлов А.С., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

6. Доклад на XXI Международной конференции «Сточниковские чтения» 15.11.2024г. «Медицинская эвакуация раненых и больных военнослужащих в современных вооруженных конфликтах». Докладчики: Самойлов А.С., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Фисун А.Я., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН,

заведующий кафедрой управления военным здравоохранением филиала Военно-медицинской Академии им. С.М. Кирова.

7. Доклад на Форуме «Скорая медицинская помощь: современные стратегии и инновации» 28–29.11.2024г. «Скорая медицинская помощь в системе медицинской эвакуации раненых и больных в лечебные учреждения гражданского здравоохранения». Докладчики: Самойлов А.С., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Фисун А.Я., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой управления военным здравоохранением филиала Военно-медицинской Академии им. С.М. Кирова.

8. Доклад на XI Всероссийском Приоровском форуме (заседание профильной комиссии по травматологии и ортопедии) 13.12. 2024г. «Проблемы совершенствования системы медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в гражданские лечебные учреждения при вооруженных конфликтах». Докладчики: Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Центра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

9. Доклад на 3-м международном научно-практическом форуме «Огнестрельная рана. Хирургия повреждений» 21–22.11. 2024г. «Проблемы подготовки медицинских специалистов для работы в вооруженных конфликтах». Докладчики: Самойлов А.С., д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Гончаров С.Ф., д.м.н., профессор, академик РАН, заместитель генерального директора ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России; Баранова Н.Н., д.м.н., доцент, главный врач Центра санитарной авиации и скорой медицинской помощи Цен-

тра лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Согласно Постановлению Бюро секции профилактической медицины ОМП РАН от 07 ноября 2024 г. предстоит:

— Проанализировать результаты выполнения Правил взаимодействия Министерства обороны Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального медико-биологического агентства, исполнительных органов субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации и Федеральному медико-биологическому агентству, а также медицинских организаций, подведомственных исполнительным органам субъектов Российской Федерации, при организации оказания специализированной медицинской помощи военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации в период проведения Специальной военной операции, проведения им военно-врачебной экспертизы, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 мая 2023 года № 896. (отв. — академик РАН Береговых В.В., академик РАН Гончаров С.Ф., академик РАН Крюков В.И., академик РАН Бухтияров И.В. Срок исполнения — март 2025 г.).
— Завершить обобщение и систематизацию опыта военных и гражданских специалистов по организации и осуществлению лечебно-эвакуационных мероприятий СВО для создания основных положений по организации и проведению медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих различного профиля поражения в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения различными видами транспортных средств, по развертыванию и организации работы приаэродромных и прирельсовых эвакуационных приемников в местах выгрузки эвакуируемых раненых и больных военнослужащих. Завершить разработку проекта Руководства по медицинской эвакуации раненых и больных военнослужащих в лечебные медицинские организации гражданского здравоохранения. (отв. — академик РАН Береговых В.В, академик РАН Гончаров С.Ф., академик РАН Крюков В.И.)

— С учетом результатов анализа лечебно-эвакуационной структуры эвакуируемых раненых, больных и пострадавших в современных вооруженных конфликтах в тыл страны разработать основные положения по порядку отвода и функционирования лечебных медицинских организаций гражданского здравоохранения и основы их готовности в условиях современных крупномасштабных военных конфликтов. Завершить создание основных концептуальных положений развития системы организации и оказания медицинской помощи раненым и больным военнослужащим в лечебных медицинских организациях гражданского здравоохранения в крупномасштабных военных конфликтах (отв. — академик РАН Бухтияров И.В., академик РАН Гончаров С.Ф., академик РАН Крюков В.И. Срок исполнения — 25 ноября 2024 г.).

— Согласно Перечня поручений по итогам участия Президента Российской Федерации в пленарном заседании Форума будущих технологий и его встречи с учеными 14 февраля 2024 г. — Приказ 755, пункт «К» обеспечить проведение анализа эффективности реализации научными организациями образовательных программ высшего образования и представить предложения о распространении положительного опыта реализации указанных Программ для специальных обучающих курсов ДПО в гражданских медицинских учебных заведениях по основам организации оказания медицинской помощи раненым и больным военнослужащим и их медицинской эвакуации. Проанализировать ход создания военных кафедр в профильных медицинских ВУЗах и увеличение количества учебных часов по вопросам военно-полевой хирургии и военно-полевой терапии для обучаемых по программам «специалитета» и «ординатуры» (отв. — академик РАН Зверев В.В, академик РАН Крюков Е.В. Срок исполнения — май 2025 г.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон РФ от 31 мая 1996 г. № 61-ФЗ «Об обороне».
2. Федеральный закон РФ от 26 февраля 1997 г. № 31-ФЗ «О мобилизационной подготовке и мобилизации в Российской Федерации».
3. Баграмян, И.Х. Так шли мы к победе / И.Х. Баграмян // М.: Воениздат, 1977. — 608 с.
4. Гладких, П.Ф. Очерки истории отечественной военной медицины. Книга X. 200 лет на службе здоровья воинов Русской армии / П.Ф. Гладких, А.Б. Белевитин, А.М. Шелепов и др. // СПб: изд-во «Ъ», 2007. — 272 с.
5. Мобилизационная подготовка здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. Ю.И. Погодина // М: ООО «Типография Парадиз», 2006. — 224 с.
6. Мобилизационная подготовка здравоохранения: Учебное пособие / Под ред. И.М. Чижа. — М: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2011. — 140 с.
7. Пирогов, Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг.: ч. 1, 2 / Н.И. Пирогов // СПб: Изд. Глав. управления Общества попечения о раненных и больных воинах. — 1879. — 406 с.
8. Погодин, Ю.И. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне / Ю.И. Погодин, В.В. Кульбачинский, В.Р. Медведев, Ю.В. Тарасевич // Российский вестник. — 2015. — Т. 5, № 1. — С. 6-15.
9. Семека, А.С. Зарождение и развитие советской военной медицины в годы военной интервенции и гражданской войны (К 40-летию окончания гражданской войны) / А.С. Семека, Л.Н. Зимонт. // Воен.-мед. журн. — 1960. — № 12. — С.72.
10. Семека, С.А. Медицина военная / С.А. Семека // М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1947. — 150 с.
11. Семека, С.А. Очерки истории военной медицины / С.А. Семека // М., 1951. – 316 с.
12. Семека, С.А. Военная медицина в вооруженных силах Московского государства в XVII веке / С.А. Семека //М., 1952. – 40 с.
13. Семека, С.А. Военно-медицинская организация вооруженных сил Российской дворянской империи XVIII века во время русско-турецкой войны 1735-1739 гг. / С.А. Семека // М., 1955. – 30 с.
14. Смирнов Е. И. Война и военная медицина: Мысли и воспоминания, 1939-1945. – М.: Медицина, 1976. – 463 с.
15. Хан, В.В. Мобилизационная подготовка здравоохранения / В.В. Хан, С.Н. Линченко, С.Н. Лапочкин, И.В. Щимаева / Учеб. Пособ.// Краснодар: изд. Куб. ГУ. — 2011. — 64 с.
16. Hodgetts T. J., Naumann D. N., Bowley D. M. Transferable military medical lessons from the Russo-Ukraine war //BMJ Mil Health. — 2023.
17. Cohen S. Medical Services in the First World War. — Bloomsbury Publishing, 2014.
18. Валиев Э. Ю., Фозилов Н. Х., Абдусаматов Д. М. Роль медицинской эвакуации авиационным транспортом пострадавших, требующих оказания экс-

тренной помощи, в условиях мирного, военного времени и чрезвычайных ситуаций //Вестник экстренной медицины. — 2022. — Т. 15. — № . 2. — С. 88-93.

19. Бызов А. В., Шабанов Т. В. Перспективы применения железнодорожного транспорта для медицинской эвакуации пострадавших при чрезвычайных ситуациях в Российской Федерации //Скорая медицинская помощь-2020. — 2020. — С. 23-24.
20. Walravens S. et al. Characteristics of Medical Evacuation by Train in Ukraine, 2022 //JAMA Network Open. — 2023. — Т. 6. — № . 6.
21. Интернет источник: https://msf.org.uk/article/war–ukraine–guide–msfs–ambulance–train
22. Котив Б.Н., Самохвалов И.М., Чуприна А.П., Бельских А.Н., Бадалов В.И. и др. Указания по военно-полевой хирургии. Министерство обороны РФ. Москва. — 2020г — С.7.
23. Гончаров С.Ф., Марков С.В., Чепляев А.А., Деменко В.В., Минок М.Н., Баранова Н.Н., Зеленцов К.М., Реза А.В., Ворошилов М.Г., Дмитриев Т.Н., Бызов А.В. Центр лечебно-эвакуационного обеспечения ФГБУ «ГНЦ — Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна» Федерального медико-биологического агентства: состояние и перспективы развития // Медицина катастроф. 2024. № 2. С. 21-33.
24. Олефиренко С.С., Люлько О.М., Швец А.В. Оказание медицинской помощи больным и пострадавшим с использованием санитарной авиации в Республике Крым // Медицина катастроф. 2022. № 4. С. 64-67.
25. Якиревич И.А., Попов А.С., Рыбников В.Ю. Проведение массовых и одиночных авиамедицинских эвакуаций с применением медицинских модулей авиацией МЧС России // Многопрофильная клиника XXI века. Высокотехнологичная медицинская помощь: Матер. междунар.науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 17-18 апр. 2014 г. / Под ред.Александрова С.С. СПб., 2014. С. 265-272.
26. Нечаев Э.А. Опыт медицинского обеспечения советских войск в Афганистане и вопросы дальнейшего развития военной медицины // Военно-медицинский журнал. 1992. № 4-5. С. 5-14.
27. Чиж И.М., Макаров Н.И. Опыт медицинского обеспечения локальных войн и проблемы эвакуации раненых и больных по воздуху //Военно-медицинский журнал. 1993. № 1. С. 21-24.
28. M. Reksoprodio, H. Mulijadi, I. Trihapsoro, W. Mulyawan. Aeromedical evacuation. Military-medicine.com Journal. 2019.
29. Pauline Ponsin a, Astrée Swiech b, Chrystelle Poyat b, François Alves c, Anne Emmanuelle Jacques d, Marylin Franchin e, Laurent Raynaud f, Mathieu Boutonnet. Strategic air medical evacuation of critically ill patients involving an intensive care physician: A retrospective analysis of 16 years of mission data. Injury. Volume 52, Issue 5, May 2021, Pages 1176-1182.
30. Касимов Р.Р., Махновский А.И., Миннуллин Р.И. и др. Медицинская эвакуация: организация и критерии транспортабельности пострадавших с тяжелой травмой // Политравма. 2018. № 4. С. 14–21.

31. Baranova, N., Boby, B., Nechaeva, N. Medical Evacuation and Liquidation of the Medical-Sanitary Aftereffects in Crisis. Journal of the World Association for Emergency and Disaster Medicine «Prehospital and Disaster Medicine», 37(2), 2022, Pages 255-258.
32. Постановление Бюро ОМН РАН от 23 ноября 2022 года № 59. Научные исследования в аспекте военных и экстремальных событий.
33. Постановление Бюро ОМН РАН от 15 ноября 2023 г. № 47. Организация оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим: от поля боя до высоких технологий.
34. Постановление Общего собрания членов РАН от 28 мая 2024 года «О 300-летнем юбилее РАН, основных результатах работы РАН в отчетном периоде и о приоритетных направлениях ее деятельности»
35. Постановление Бюро Секции профилактической медицины Отделения медицинских наук РАН от 7 ноября 2024 года № 14. Проблемы научного обоснования современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в современных вооруженных конфликтах и других чрезвычайных ситуациях, состояние и совершенствование подготовки кадров службы медицины катастроф.
36. Справка к докладу Гончарова С.Ф., Самойлова А.С., Барановой Н.Н. от 7 ноября 2024. Проблемы научного обоснования совершенствования системы лечебно-эвакуационного обеспечения раненых, больных и пострадавших в вооруженных конфликтах и других чрезвычайных ситуациях: состояние и совершенствование подготовки кадров Службы медицины катастроф.

Формат 60x90/16, объем 4,75 усл. печ. л.
Бумага 80 г/м^2. Офсетная. Гарнитура Times New Roman.
Тираж 1000 Заказ № 2026-463-мбу
Отпечатано в типографии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
123098, Москва, ул. Живописная, 46
Тел. +7 (499) 190-93-90
rcdm@mail.ru, lochin59@mail.ru
www.fmbafmbc.ru