



Организационные аспекты применения санаторно-курортного комплекса Вооруженных Сил в локальных войнах и вооруженных конфликтах

КОРНЮШКО И.Г., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, генерал-майор медицинской службы
ФИСУН А.Я., заслуженный врач РФ, профессор, генерал-майор медицинской службы
ПОЛЯКОВ С.А., полковник медицинской службы
ЧЕПЕЛЕВ А.Г., профессор, полковник медицинской службы запаса
ГОРШКОЛЕПОВ О.И., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке
ШЕРШНЕВ А.В., кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы

В настоящее время осуществляется оптимизация структуры медицинской службы ВС РФ и разрабатываются принципиальные положения по ее использованию. В связи с этим весьма актуальным является опыт работы медицинской службы накануне, в начальный период (в т. ч. в переходный) и в ходе войн и вооруженных конфликтов.

Медицинская служба должна иметь соответствующие силы и средства, быть готова к формированию адекватных группировок медицинских воинских частей (учреждений) и подразделений, а также их органов управления.

С учетом требований военной доктрины РФ особое внимание уделяется изучению возможностей и решению задач по обоснованию применения сил и средств мирного времени для организации медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах различного масштаба.

В реализации системы лечебно-эвакуационных мероприятий важная роль отводится *военным санаториям (ВС) и домам отдыха (ДО)*. Это закономерно и подтверждается опытом их работы в годы минувших войн. Санатории внесли весомый вклад в восстановление здоровья и боеспособности раненых и больных. Так, в период Первой мировой войны были организованы госпитали санаторного типа, которые содержались за счет средств Земского союза, Союза городов, Военного ведомства, Общества Красного Креста и других организаций. В Крыму было развер-

нуто 1481, в Пятигорске – 2183, Ессентуках – 369, Железноводске – 352, Кисловодске – 656 коек для раненых и больных.

Несмотря на отсутствие указаний о возможности использования санаториев в интересах армии в военное время, они, как правило, включались в систему медицинского обеспечения войск в период войн и вооруженных конфликтов, перестраивали свою работу в соответствии с изменившимся характером заболеваний и боевых травм.

Известно, что после начала боев с японскими захватчиками у озера Хасан (1938 г.) личный состав Пятигорского военного санатория проделал большую работу по подготовке к приему и лечению раненых. Врачам санатория был прочитан цикл лекций о принципах лечения ранений, огнестрельных переломов, о борьбе с раневой инфекцией; проведены практические занятия по переливанию крови, наложению гипсовых повязок, транспортных шин. С медицинскими сестрами также были проведены теоретические и практические занятия по выполнению назначений врачей при хирургическом лечении ран, а с санитарками – по уходу за ранеными.

Хорошо оборудованные перевязочная и операционная в хирургическом отделении санатория, развернутые перевязочные в других медицинских отделениях способствовали активной хирургической работе. В санатории были созданы все условия для проведения хирургической обработки ран, осуществления всех



видов перевязок, наложения гипсовых повязок. При лечении раненых и больных широко использовались бальнео- и грязелечение, массаж и ЛФК.

В результате комплексного лечения 85% раненых – участников боевых действий – были выписаны с улучшением состояния здоровья и возвращены в строй.

С началом Великой Отечественной войны работа санаториев, в т. ч. военных, была перестроена в соответствии с потребностями военного времени. Уже через месяц Курортное управление Наркомздрава СССР было реорганизовано в Управление эвакуогоспиталей, по всей стране создавались мобилизационно-эвакуационные пункты.

На базе санаториев Наркомздрава и ВЦСПС, включая и ряд военных, расположенных на курортах Кавказских Минеральных Вод и в Сочи, были сформированы госпитали-санатории.

Наиболее мощной являлась госпитальная база Северного Кавказа и СКВО, подчиненная местному эвакуационному пункту № 90 (Армавир). Центром этой госпитальной базы, где было развернуто 57 эвакуогоспиталей, являлись Кисловодск, Ессентуки, Пятигорск и Железноводск.

Развернутые на базе благоустроенных санаториев эвакуогоспитали организационно были очень слабо подготовлены к предстоящей работе по лечению и обслуживанию раненых и больных. Почти полностью отсутствовали квалифицированные кадры госпитальных работников, а врачи и средний медицинский персонал санаториев не владели хирургическими навыками и не были знакомы с основами военно-полевой хирургии. Их обучали на краткосрочных курсах и семинарах, в практику постоянной работы с кадрами были введены еженедельные совещания и конференции по актуальной тематике военно-полевой хирургии и другим специальностям.

Пятигорский военный санаторий оказался в этом вопросе более подготовленным. После освобождения курортов Кавказских Минеральных Вод к марту 1943 г. эвакуогоспиталь № 1976 (Пятигорский военный санаторий) был возвращен в Пятигорск. В нем были развернуты отделения: хирургическое – на 130 коек, терапевтическое и кожное – на 55 и 15 коек.

Здесь раненым выполнялись необходимые оперативные вмешательства, перевязки, накладывались гипсовые повязки, проводилось переливание крови.

Развернутые на курортах госпитали делились на 4 типа:

– курортные госпитали климатического и общего типа, в которые направляли больных после перенесенных длительных заболеваний, массивных кровопотерь, последствий ранений внутренних органов, нетуберкулезных заболеваний дыхательных путей (Ессентуки, Кисловодск);

– бальнеологические курортные госпитали, куда направляли бойцов и командиров с последствиями ранений опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы (Пятигорск, Ессентуки);

– противотуберкулезные и кумысолечебные курортные госпитали (Кисловодск, Теберда);

– нейросоматические курортные госпитали для больных после перенесенных инфекций, ранений, операций и травм (с функциональными невротами и заболеваниями сердечно-сосудистой системы). Такие госпитали были развернуты фактически во всех городах Кавказских Минеральных Вод.

По данным Всеармейского совещания Главного военно-санитарного управления Красной Армии (1945 г.), использование курортных факторов, физиотерапии и лечебной физкультуры позволило вернуть в действующую армию 96,2% лечившихся, тогда как при недостаточном их применении доля возвращенных составила 88,1%. Всего за годы войны физиотерапией было охвачено свыше 13 млн военнослужащих, что составило 76% от числа всех раненых и больных.

Решение санаториями новых задач потребовало не только их доукомплектования врачами-специалистами, в первую очередь хирургического профиля, но и дополнительного обеспечения помещениями для оборудования новых подразделений медицинским имуществом, инструментарием, другими материальными средствами.

Опыт работы военных санаториев в годы Великой Отечественной войны не был забыт. Так, в 1980 г. в период боевых действий в Демократической Республике Афганистан (1979–1989 гг.) в систему медицинской реабилитации были вклю-



ченые военные санатории (Пятигорский, Сакский и Сочинский им. К.Е.Ворошилова), в которые направляли раненых после излечения в госпиталях.

Однако эффективность использования военных санаториев в системе медицинской реабилитации (в первоначальный период) оказалась незначительной. Это было связано с тем, что на реабилитацию, как правило, направляли военнослужащих, фактически закончивших лечение. Возможности же военных санаториев были намного шире.

В связи с этим Генеральным штабом по предложению ЦВМУ МО СССР в 1983 г. было принято решение о создании на базе Сакского центрального военного санатория реабилитационного центра на 175 коек, в котором раненые могли бы получать специализированное лечение с применением курортных факторов.

Наряду с управлением и подразделениями обеспечения были развернуты следующие отделения: травматологическое, нейрохирургическое, два неврологических, гнойной хирургии, анестезиологии и реанимации, операционное, физиотерапевтическое, отделение лечебной физкультуры. Кроме того, были развернуты кабинеты: для электростимуляции, гипербарической оксигенации, лечебного массажа, трудотерапии, а также грязелечебница (с механической подачей грязи) и тренажерный зал.

За время работы центра (1984–1988 гг.) было принято более 5,5 тыс. военнослужащих. В структуре поступивших на реабилитацию лица с последствиями переломов составили 29,4%, контрактурами суставов и посттравматическими артрозами – 21,6%, ампутированными культями – 16,5%, последствиями травм центральной и периферической нервной системы – 12,7%.

Опыт создания и работы центра на базе бальнеогрязевого санатория с включением в штаты травматологов, ортопедов, невропатологов, нейрохирургов показал высокую эффективность реабилитации военнослужащих с последствиями ранений и травм.

В современных условиях должное внимание уделяется совершенствованию системы перевода работы медицинских воинских частей и учреждений в интересах выполнения задач на период медицинского обеспечения вооруженных конф-

ликтов. ВС и ДО, учитывая значительный удельный вес имеющихся в их распоряжении коек в общем объеме коечного фонда госпитальной базы мирного времени, будут использоваться в создаваемых группировках госпитальных средств – госпитальных базах мирного и военного времени на оперативных направлениях военных округов (флотов).

Следует отметить, что в ходе проведенных исследований на ряде командно-штабных учений с медицинской службой военных округов были изучены варианты возможной работы ВС и ДО в военное время, подтверждена необходимость и целесообразность их использования как для лечения, так и для реабилитации раненых и больных. Изучена также возможность развертывания на военное время на базе военных санаториев реабилитационных военных госпиталей для легкораненых.

Учения показали, что создание центров медицинской реабилитации на базе военных санаторно-курортных учреждений позволит значительно повысить эффективность системы реабилитации пострадавших в локальных войнах и вооруженных конфликтах.

Центры медицинской реабилитации (ЦМР) должны создаваться на базе бальнеотерапевтических курортов, имеющих хорошую материальную базу, и предназначаться для реабилитации раненых и больных с повреждениями опорно-двигательного аппарата, нервной системы, внутренних органов, а также для закрепления достигнутых результатов стационарного лечения или подготовки к последующим реконструктивно-восстановительным оперативным вмешательствам (этапная реабилитация).

Подготовка и развертывание на базе санаторно-курортных учреждений центров медицинской реабилитации предполагает:

- уточнение (разработку) нормативно-правовой базы о введении ЦМР;
- разработку штата ЦМР и табеля к ним;
- разработку соответствующих организационно-методических рекомендаций с определением контингента раненых и больных, подлежащих направлению в ЦМР;
- разработку норм снабжения медицинской техникой и имуществом с уче-



том предназначения, организационно-штатной структуры и задач, решаемых ЦМР;

– проведение исследования по организации боевого слаживания ЦМР и их работе в системе госпитальной базы.

Таким образом, существующий в мирное время санаторно-курортный комплекс МО РФ потребует значительной перестройки в начальный период войны – перевода военных санаториев с мирного на военное время, создания на их базе центров медицинской реабили-

тации. Развертывание этих формирований позволит оптимизировать систему лечебно-эвакуационных мероприятий, уменьшить нагрузку на военные госпитали в начальный период и в ходе войны.

Спланированная и созданная в мирное время база сил и средств медицинской службы ВС РФ, в т. ч. с полноценным использованием военных санаториев, должна стать основой для медицинского обеспечения войск (сил) и развертывания в короткие сроки на базе санаториев дополнительных учреждений медицинской службы.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616-092-057.36

Е.А.Тимме, А.А.Писарев, Ю.А.Бубеев – Контроль и прогнозирование функционального состояния военных специалистов в условиях горной подготовки.

При решении учебно-боевых задач в условиях высокогорья организм подвергается жестким условиям воздействия ряда факторов – пониженного парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе, сниженного барометрического давления, резких перепадов температуры, тяжелой физической нагрузки, значительного психоэмоционального напряжения и др. Все это резко увеличивает нагрузку на системы, лимитирующие работо- и боеспособность, и может привести к снижению профессиональной надежности.

В проведенных исследованиях приняли участие 24 военнослужащих спецподразделений при проведении горной подготовки в период «острой» акклиматизации: в базовом лагере (высота 2050 м), во время прохождения маршрута (высота до 3500 м), на занятиях и после отдыха.

Показатели центральной и периферической гемодинамики оценивали методом объемной компрессионной осциллометрии, ЭКГ и сердечный ритм – с помощью 2-канального портативного регистратора «Анна Флэш», биомеханические показатели – по данным компьютерной стабилотриемии.

Результаты исследования показали, что на высотах 2500–3500 м отмечается увеличение ЧСС в покое на 25%. Мощность спектра высокочастотных колебаний сердечного ритма резко снижалась, низкочастотных – значительно возрастала, очень низкочастотных колебаний – снижалась вечером, а в утренние часы почти вчетверо превышала фоновые значения. Указанные изменения можно расценить как результат выраженной активации симпатического отдела вегетатив-

ной нервной системы с включением в процесс срочной адаптации к гипоксии энерго-метаболического уровня регуляции.

Сопоставление результатов утренних исследований с вечерними свидетельствует об активном протекании процессов восстановления функциональных резервов. Выявлена перспективность использования спектрального анализа ритма сердца для прогноза устойчивости.

При анализе гемодинамических показателей в базовом лагере наиболее значительно снижались по сравнению с фоновыми показателями следующие параметры артериального давления: среднее (на 10%), систолическое (на 10%), пульсовое (на 15%) и ударный объем сердца (на 20%).

Установлены критерии прогноза низкой устойчивости к воздействию неблагоприятных факторов высокогорья. Определены основные детерминанты адаптации организма военнослужащих, среди которых – высота, климатические факторы, условия работы, уровень предварительной подготовки, устойчивость к гипоксии. Продолжительность периода адаптации обследованного контингента составляла 1–3 нед, однако и после его завершения отмечалось значимое замедление реакций, что особенно проявлялось при освоении сложных элементов подготовки.

Выявленные закономерности реакций систем, лимитирующих работо- и боеспособность в условиях высокогорья, позволяют определить методы контроля и прогнозирования состояния военнослужащих для совершенствования системы медицинского обеспечения горной подготовки.