



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009
УДК 616.4:355(470.65)

Опыт медицинского снабжения войск в вооруженном конфликте на территории Южной Осетии

*МИРОШНИЧЕНКО Ю.В., заслуженный работник здравоохранения РФ, профессор,
полковник медицинской службы
БЕНЯ Ф.М., заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук,
полковник медицинской службы
ГОРЯЧЕВ А.Б., заслуженный работник здравоохранения РФ,
кандидат фармацевтических наук, полковник медицинской службы*

Президент Российской Федерации Д.А.Медведев в Послании Федеральному Собранию Российской Федерации, анализируя итоги кризиса на Кавказе, отметил: «Наши Вооруженные Силы в значительной мере восстановили свой боевой потенциал. Тем не менее, военному руководству нужно проанализировать не только успехи, но и промахи. И извлечь из этого самые серьезные уроки»¹.

Несмотря на то что войска, принимавшие участие в вооруженном конфликте, были в достаточной мере обеспечены *медицинской техникой и имуществом* (МИ), в работе органов управления медицинской службы, учреждений и подразделений медицинского снабжения имелись дефекты, не позволявшие максимально эффективно решать задачи по медицинскому снабжению частей и соединений. В этой связи для повышения результативности функционирования системы медицинского снабжения необходимо рассмотреть организационные аспекты обеспечения войск МИ, оценить факторы, оказавшие существенное влияние на эффективность выполнения мероприятий по

медицинскому снабжению частей и соединений в ходе ведения боевых действий и определить пути решения проблемных вопросов.

Характеристика сил и средств медицинского снабжения. В решении комплекса задач по обеспечению МИ войск в вооруженном конфликте на территории Южной Осетии принимали участие:

— *учреждения медицинского снабжения центра* — 662 ЦОМТИ (г. Мытищи, Московской обл.), 2681 МС (г. Киров);

— *учреждения и подразделения медицинского снабжения СКВО* — 332 МС (г. Новочеркасск, Ростовской обл.), 2200 МС (г. Ставрополь), 4557 МС (г. Владикавказ), 4717 БРиПМТ (г. Ставрополь), аптека 236 ВГ (г. Владикавказ). Непосредственно в зоне вооруженного конфликта действовали: *подвижное отделение* (ПО) 4557 МС, отделения медицинского снабжения омедрб (омедр) соединений (135 омедрб 19 мсд; 106 омедрб 42 мсд; омедр 136 омсбр), аптека 529 омедр СпН, аптеки медицинских пунктов (рот) воинских частей.

К началу конфликта медицинская служба СКВО располагала достаточными ресурсами для обеспечения войск МИ в полном объеме (табл. 1).

Во многом эти ресурсы были созданы благодаря усилиям медицинской службы округа и целенаправленной работе ГВМУ МО РФ, выделявшего в при-

¹ Послание Президента Российской Федерации Д.А.Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации от 5 ноября 2008 г. См: официальный сайт Президента Российской Федерации. — <http://www.kremlin.ru>



Таблица 1

Потребность и обеспеченность войск МИ специального назначения, РСЕ

Положено по норме	Обеспеченность			Потребность		
	Запасы к началу операции	Подается во время операции	Итого	Для оказания медицинской помощи	Для восполнения боевых потерь	Итого
9,75	9,75	3,09	12,84	1,62	0,97	2,59

оритетном порядке значительные объемы МИ для частей и соединений СКВО. Это и индивидуальные средства медицинской защиты, которыми войска округа были укомплектованы практически полностью, это и современные образцы медицинской техники, в первую очередь подвижной, а также другое МИ, в т. ч. двойного назначения.

При планировании медицинского обеспечения войск на 332 МС был сформирован резерв МИ специального назначения на 5 тыс. раненых для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи, а 236 ВГ целевым назначением предусматривалось выделение 500 тыс. руб. для децентрализованных заготовок МИ. В военных госпиталях округа, в которые предпола-

галась эвакуация раненых из зоны боевых действий (1602 ОВКГ, 236 ВГ, 331 ВГ, 378 ВГ, 1458 ВГ и др.), создавались соответствующие запасы МИ. Например, в 236 ВГ имелось достаточное количество наркотических анальгетиков, плазмозамещающих растворов и других лекарственных средств, а также шовного материала, перевязочных средств и иного расходного МИ для оказания медицинской помощи ожидаемому количеству раненых (табл. 2).

Кроме того, уже в ходе вооруженного конфликта в округ осуществлялись поставки наиболее востребованного МИ — наркотических анальгетиков, перевязочных средств, средств для эвакуации раненых и т. д. Дополнительно к установленным лимитам решением начальни-

Таблица 2

Обеспеченность 236 ВГ расходным МИ для оказания квалифицированной медицинской помощи раненым

Наименование МИ	Ед. изм.	Потребность	Фактическое наличие	
			Количество	Обеспеченность, %
Наркотические анальгетики	амп.	1520	1610	106
Кровезамещающие растворы, в т. ч. аптечного изготовления	л	1415	3002	212
Антисептические средства, в т. ч. спирт этиловый, йода 5% спиртовой раствор	кг	87	112	129
Кислород медицинский 40 л в баллоне	балл.	20	22	110
Пакеты перевязочные индивидуальные	шт.	300	690	230
Бинты марлевые стерильные	шт.	4300	5800	135
Комплекты перевязочных средств	шт.	11	14	127



ка ГВМУ МО РФ медицинской службе СКВО было выделено 35 млн руб. (по коду бюджетной классификации 340) для восполнения запасов МИ.

Все эти мероприятия позволили в целом удовлетворить потребность в МИ для оказания установленных видов медицинской помощи как непосредственно на этапах медицинской эвакуации в зоне конфликта, так и в военных госпиталях округа.

Организация медицинского снабжения войск в зоне вооруженного конфликта представлена на рис. 1².

В интересах войск предусматривалась подача МИ из учреждений медицинского снабжения центра воздушным и железнодорожным транспортом в соответствующие учреждения округа, далее подача МИ всеми видами транспорта на 4557 МС и, наконец, доставка МИ в зону вооруженного конфликта в ПО 4557 МС. За время работы на территории Южной Осетии ему было подано: 11 августа — 9 т МИ (в т. ч. носилки санитарные, комплекты перевязочных средств и др.), 13 августа — 5 т МИ (в т. ч. лекарственные средства, дезинфицирующие средства и др.), 16 августа — 10 т МИ.

Необходимо отметить самоотверженность личного состава подразделений медицинского снабжения, действовавших в зоне конфликта — ПО 4557 МС (майор медицинской службы И.Г.Кортунов), которое, не прекращая выдачу МИ, трижды развешивалось на территории Южной Осетии (н. п. Хцве, н. п. Джава, г. Цхинвали), отделения медицинского снабжения 106 омедб 42 мсд (старший лейтенант медицинской службы О.А.Рогов) и др.

Работа подразделений медицинского снабжения на территории Южной Осетии показана на рис. 2–4.

Порядок обеспечения инъекционными растворами аптечного изготовления этапов медицинской эвакуации. Непрерывное совершенствование методов оказания медицинской помощи, расширение нозологий патологических состояний, требу-

ющих проведения массивной инфузионной терапии, приводят к существенному увеличению потребности в инъекционных растворах аптечного изготовления. В настоящее время сложились четкие и научно обоснованные показатели потребности в экстремальных инъекционных растворах для оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим в вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях. Так, потребность в инъекционных растворах аптечного изготовления этапов медицинской эвакуации из расчета на одного раненого в сутки составляет: МП (медр) части — 0,5–1,0 л, омедб (омедр) соединения — 1,5–2,0 л, омедо СпН — 2,5–3,0 л. Вместе с тем традиционная технология и технические средства, имеющиеся на оснащении аптек этапов медицинской эвакуации, не в состоянии обеспечить ни высокого качества растворов, ни полного удовлетворения потребности в них (добиться качественного выполнения большинства технологических операций в полевых условиях просто невозможно, а технические средства, предназначенные для их выполнения, физически и морально устарели).

В связи с этим, а также учитывая специфику медицинского обеспечения войск, было принято обоснованное решение о порядке снабжения этапов медицинской эвакуации инъекционными растворами аптечного изготовления (рис. 5).

Для реализации этого решения аптека 236 ВГ (майор медицинской службы Д.В.Куляба) была переведена на круглосуточный режим работы, что позволило изготавливать более 400 л инъекционных растворов в сутки. В постоянной готовности к выдаче содержался запас 300 л растворов, в т. ч.: натрия хлорида 0,9% раствор — 90 л, глюкозы 5% раствор — 90 л, новокаина 0,5% раствор — 40 л, фурацилина раствор 1:5000 — 50 л, натрия гидрокарбоната 4% раствор — 20 л, раствор Рингера — 10 л. Бесперебойно налаженное обеспечение инъекционными растворами аптечного изготовления сыграло положительную роль в оказании медицинской помощи раненым.

² Рисунки 1–5 размещены на цветной вклейке журнала.



Анализ опыта организации медицинского снабжения войск в операции по принуждению Грузии к миру свидетельствует о необходимости безотлагательного решения вопроса об оснащении военных аптек принципиально новым технологическим оборудованием — «Установкой для изготовления инъекционных растворов в аптеках УИР-А», созданным при выполнении опытно-конструкторской работы «Бураник-03» с учетом последних научных достижений и прогрессивных технико-технологических решений. Эта установка сконструирована и изготовлена на основе модульного принципа, ее составные части объединены едиными конструктивными и технологическими решениями. Она обеспечивает:

- сбор и кратковременное хранение воды для инъекций, соответствующей требованиям ФС 42-2620-97 «Вода для инъекций»;
- изготовление, фильтрование и дозированный розлив в стерильной рабочей зоне инъекционных растворов в помещениях, не нормируемых по чистоте воздуха, а также их укупоривание (герметизацию);
- проведение контроля инъекционных растворов на механические включения.

Анализ итогов медицинского снабжения войск и пути решения проблемных вопросов. Изучение результатов выполнения мероприятий по обеспечению войск МИ свидетельствует, что их эффективность была снижена из-за негативного влияния ряда факторов, порожденных как объективными, так и субъективными причинами.

К объективным причинам, в первую очередь, относятся:

- пробелы и противоречия в нормативной правовой базе, регламентирующей деятельность системы медицинского снабжения;
- несовершенство системы накопления и содержания неприкосновенных запасов (СНСЗ) МИ;
- физически и морально устаревшее комплектно-табельное оснащение (КТО) войскового звена медицинской службы.

Задача по актуализации нормативной правовой базы является одной из наиболее сложных и требует комплексного подхода с учетом неукоснительного соблюдения законодательства и нормативных актов Российской Федерации. В феврале 2008 г. начальником ГВМУ МО РФ был утвержден план-график разработки и переработки документов по медицинскому снабжению на 2008–2010 гг. Приоритет в нем отдан документам, регламентирующим работу с неприкосновенными запасами МИ, а также документам по организации работы учреждений и подразделений медицинского снабжения.

Разработка комплекта новых руководящих, нормирующих и методических документов позволит гармонизировать систему медицинского снабжения с формируемым обликом медицинской службы ВС, современными подходами к медицинскому обеспечению, взглядами на организацию оказания медицинской помощи. Кроме того, новые документы четко определяют правовые и организационные условия деятельности учреждений и подразделений медицинского снабжения, откорректируют вертикаль управления при организации обеспечения войск МИ.

К настоящему времени действующая СНСЗ МИ не в полной мере соответствует перспективному облику ВС, взглядам на их строительство и применение, характеризуется разбалансировкой системообразующих элементов. Например, накопление МИ осуществляется на основе централизованных и фиксированных показателей, ориентированных на крупномасштабные операции независимо от реальной потребности войск (сил).

Методология построения современной СНСЗ МИ базируется на принципах:

- унификации, полноты и адекватности (материальной основой системы должно стать МИ по научно обоснованной и унифицированной для всех видов запасов номенклатуре);
- максимальной готовности МИ к использованию по прямому предназначению;
- адекватности хранения МИ;



- плановости накопления и содержания МИ;
- достоверности, полноты и своевременности учета МИ, действенности контроля за его состоянием с реализацией механизма «обратных связей»;
- иерархичности структуризации;
- оптимизации распределения МИ по местам хранения;
- гибкости управления.

Реализация такого подхода позволит создать систему, которая будет:

- многовариантной и дифференцированной по уровням управления и периодам деятельности войск (сил);
- интегрированной в систему управления здравоохранением страны;
- взаимообусловленной с общей системой накопления и содержания запасов материальных средств в ВС;
- гибкой и динамичной.

Опыт использования КТО в вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях показал, что предназначение и возможности большинства комплектов МИ не соответствуют нынешним задачам медицинской службы. Кроме того, многие состоящие на снабжении аптечки, сумки, комплекты МИ не имеют установленных разрешительных документов для применения в медицинской практике на территории Российской Федерации, что приводит к возникновению серьезных правовых проблем.

Несколько лет назад были развернуты и в настоящее время завершаются комплексные исследования по созданию принципиально новой системы КТО войскового звена медицинской службы. Новая система КТО включает 45 наименований, в т. ч.: аптек — 4, сумок — 3, комплектов МИ — 31, наборов медицинских — 7. В ней предусмотрена принципиально новая группа комплектов МИ — комплекты, содержащие только расходное МИ (лекарственные средства, шовные материалы, предметы медицинские расходные и т. д.).

Проблемы рационального использования МИ всегда были актуальны для военной медицины. Еще Н.И.Пирогов писал: «Рационально выработанная нор-

ма для расходования врачебных средств в госпитале важное дело. Я убедился из опыта, что без определенной нормы врачебные средства в госпиталях расходуются нередко без нужды направо и налево. Нужно иметь немного медикаментов, но наиболее употребительных и в больших количествах»³.

Один из неутешительных уроков, извлеченный из анализа итогов медицинского снабжения войск в Южной Осетии, заключается в том, что многие существенные недостатки были порождены «человеческим фактором». Это, например, недочеты в планировании мероприятий в подготовительный период (нерациональное нормирование МИ, отсутствие перечня частей, прикрепляемых на снабжение и т. д.). В зону конфликта отправлялись воинские части, неукomплектованные индивидуальными средствами медицинской защиты, без аттестатов ф. 20, с неисправной медицинской техникой. Часто у медицинского персонала отсутствовали практические навыки эксплуатации медицинской техники.

Избежать негативного влияния «человеческого фактора» невозможно без повышения профессионализма и уровня личной ответственности соответствующих должностных лиц.

Однако, несмотря на определенные недоработки, деятельность органов управления медицинской службы, учреждений и подразделений медицинского снабжения позволила в целом выполнить предусмотренные мероприятия по обеспечению МИ войск в ходе вооруженного конфликта. Решение проблемных вопросов позволит оптимизировать систему медицинского снабжения и выработать комплекс мер, направленных на повышение готовности медицинской службы к выполнению задач в динамично изменяющихся условиях обстановки на всех уровнях управления.

³ Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг. — СПб, 1879.