



© Ю.И.ЛЯШЕНКО, 2018  
УДК [616.9-08:614.2]:355(581)

## Организация медицинской помощи инфекционным больным на втором этапе пребывания Ограниченного контингента советских войск в Афганистане

ЛЯШЕНКО Ю.И., профессор, полковник медицинской службы в отставке  
(infectology\_vma@mail.ru)

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург

*Второй этап пребывания Ограниченного контингента советских войск в Афганистане (1980–1985 гг.) отличался их высокой боевой активностью и возросшей инфекционной заболеваемостью личного состава. Была создана крупная госпитальная база, позволявшая одновременно лечить 1770 инфекционных больных и снабженная ресурсами для наращивания ее емкости до 6000 коек. Своевременность оказания медицинской помощи инфекционным больным достигалась путем срочной госпитализации военнослужащих с признаками инфекционного процесса, проведения обязательных медицинских осмотров инфекционистами личного состава, возвращавшегося с боевых операций, из рейдов и рейсов. Эвакуация инфекционных больных в лечебные учреждения из районов боевых действий и отдаленных гарнизонов осуществлялась санитарными вертолетами. Традиционная медицинская сортировка в военных госпиталях была дополнена выделением групп больных с наличием неблагоприятно влияющих на инфекционный процесс факторов (смешанные инфекции, трофологическая недостаточность и др.). Была организована медицинская реабилитация переболевших брюшным тифом в медицинских учреждениях, имеющих возможность ее осуществлять.*

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** Ограниченный контингент советских войск в Афганистане, инфекционная заболеваемость, организация медицинской помощи инфекционным больным, реабилитация переболевших брюшным тифом.

*Lyashenko Yu.I. – Organization of medical care for infectious patients in the second stage of the stay of a Limited contingent of Soviet troops in Afghanistan. The second stage of the stay of a Limited contingent of Soviet troops in Afghanistan (1980–1985) was distinguished by the high combat activity of troops and the increased infectious morbidity. A large hospital base was created, which simultaneously managed to treat 1770 infectious patients and provided with resources to increase its capacity to 6000 beds. To timely isolate infectious patients and provide them with medical care, urgent hospitalization of servicemen with signs of an infectious process and mandatory medical examinations by personnel who returned from combat operations, raids and flights were introduced into practice. Evacuation of infectious patients to medical institutions from areas of combat operations and remote garrisons was carried out by sanitary helicopters. Traditional medical sorting in military hospitals was supplemented by the allocation of groups of patients with the presence of factors that adversely affected the infectious process (mixed infections, trophological insufficiency, etc.). Medical rehabilitation of typhoid fever was organized in medical institutions, which have the opportunity to implement it.*

**К е у в о р д s:** the Limited contingent of Soviet troops in Afghanistan, an infectious morbidity, the organization of medical care for infectious patients, and the rehabilitation of typhoid fever.

Общеизвестно, что военные действия всегда сопровождались ростом в войсках числа инфекционных заболеваний. Санитарные потери от них в отдельных вооруженных конфликтах прошлого были сопоставимы с боевыми. Боевые действия советских войск в Афганистане (1979–1989 гг.) в этом отношении не были исключением (1–3, 11–14). Однако инфекционная заболеваемость в ходе их отличалась одновременным развитием хро-

нической эпидемии нескольких видов инфекций – вирусного гепатита, брюшного тифа, малярии и некоторых других. Этому вопросу посвящено значительное количество публикаций, основной из которых является фундаментальный труд «Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане (1979–1989 гг.)», ч. 4 [11]. В нем представлены общие и частные вопросы оказания медицинской помощи инфекционным больным в период



указанных событий. Однако остались нераскрытыми весьма важные в историческом, научном и учебном аспектах различные стороны организации и оказания медицинской помощи большому контингенту инфекционных больных, находящихся за пределами своей страны в необычайно тяжелых климатических условиях и в сложной боевой обстановке. Не нашел полного освещения процесс решения грандиозной по значимости и масштабам задачи — создания крупной госпитальной базы для инфекционных больных, не определена роль в этом различных звеньев медицинской и других служб. Не дана оценка эффективности использования медицинских учреждений войскового звена (отдельный медицинский батальон, отдельная медицинская рота) в оказании специализированной медицинской помощи инфекционным больным, не сделаны выводы о возможности их использования для этих целей в будущем. Не в полной мере раскрыты причины большой доли (36–40%) т. н. «лихорадок неясной этиологии» в структуре инфекционных заболеваний в первые три года пребывания *Ограниченного контингента советских войск* (ОКСВ — 40-я общевойсковая армия) в Афганистане (1980–1982 г.). Не в полной мере освещены и не конкретизированы достижения медицинской службы по оказанию медицинской помощи инфекционным больным, многие из которых полезно использовать в современных условиях.

В течение последних 10 лет появился ряд публикаций с попыткой восполнить упомянутый пробел. Однако они часто страдают недостатком и неточностью информации, нередко основаны на компиляции ранее опубликованных работ других авторов, а в отдельных случаях содержат домыслы и вымыслы.

Эти обстоятельства послужили поводом для написания настоящей статьи. Ее автор располагает собственными материалами по упомянутому вопросу: он служил в Афганистане с 1983 по 1985 г. главным инфекционистом медицинской службы 40-й армии, а в последующем посещал ее в составе комиссии ЦВМУ МО СССР.

Период пребывания ОКСВ в Афганистане в соответствии с характером деятельности войск делят на четыре этапа [15]:

— первый (1979–1980 гг.) — ввод войск на территорию страны, размещение и обустройство их в местах дислокации, обеспечение охраны военных объектов и другие мероприятия;

— второй (1980–1985 гг.) — активное участие в боевых действиях против бандформирований;

— третий (1985–1986 гг.) — переход от активных боевых действий к поддержке правительственных войсковых контингентов артиллерией и авиацией;

— четвертый (1987–1989 гг.) — продолжение поддержки правительственных войск и подготовка к выводу 40-й армии на территорию СССР.

Наиболее значимым в военном и медицинском отношениях был второй этап. Он отличался быстрым ростом в воинских частях инфекционной заболеваемости вирусным гепатитом, брюшным тифом, малярией и некоторыми другими инфекциями: количество больных в 1981 г. составило 16176, в 1982 г. — 21786, а в 1983 г. достигло 32097 [3, 12, 14, 15].

Медицинская служба 40-й армии в первые два года пребывания в Афганистане располагала штатными возможностями для оказания медицинской помощи инфекционным больным только в условиях повседневной деятельности войск. В 1980–1981 гг. это были инфекционные отделения многопрофильных военных госпиталей — в армейском (Кабул) и в трех гарнизонных (Шинданд, Кандагар и Пули-Хумри) с общей численностью 80 коек (8, 14).

В связи с возникшей огромной перегрузкой лечебных учреждений армии инфекционными больными пациентов с вирусным гепатитом (они составляли почти половину их числа) эвакуировали авиатранспортом в военные госпитали *Туркестанского военного округа* (ТуркВО). В лечебных учреждениях на территории Афганистана оставались нетранспортабельные больные (с тяжелой формой вирусного гепатита, брюшным тифом, малярией, внекишечным амебиазом некоторыми другими болезнями), количество которых, однако, значительно



превышало возможности их размещения и лечения (14, 15).

Оказание хирургической помощи инфекционным больным с брюшнотифозными кишечными перфорациями, малярийным разрывом селезенки, амебиазным абсцессом печени в инфекционном филиале армейского госпиталя возлагалось на хирургов этого учреждения, а поступившим в инфекционный госпиталь гарнизона Баграм и инфекционные отделения гарнизона Кундуз — на хирургов дислоцировавшихся по соседству с ними *отдельных медицинских батальонов* (омедб) [4].

Руководство ЦВМУ МО СССР за сравнительно короткое время осуществило ряд сложных и важных мероприятий, которые послужили основой кардинального решения проблемы оказания квалифицированной медицинской помощи всем нуждающимся в ней инфекционным больным. Одно из них — изменение организационно-штатной структуры лечебных учреждений 40-й армии. Первоначально (1983—1984 гг.) была увеличена коечная емкость уже действовавших военных госпиталей: создан филиал для инфекционных больных на 400 коек при армейском военном госпитале в Кабуле (в 1984 г. он получил статус самостоятельного медицинского учреждения на 500 коек), в состав омедб дивизии, дислоцировавшейся в весьма сложном для эвакуации больных гарнизоне Кундуз, включены инфекционные взводы, развернувшие два инфекционных отделения. В штат медицинских рот войсковых бригад введены изоляторы с расширенным объемом медицинской помощи инфекционным больным (4, 5, 14, 15). Был развернут инфекционный госпиталь на 400 коек в гарнизоне Баграм.

Однако это была только часть мероприятий по созданию госпитальной базы 40-й армии для инфекционных больных. Предстояло укомплектовать вновь создаваемые и расширяемые медицинские учреждения и подразделения квалифицированными специалистами и обслуживающим персоналом, обеспечить помещениями для размещения в них лечебно-диагностических и других функциональных подразделений, служб обеспечения медицинским и другими видами имущества, организовать охрану медицинских объектов.

Руководителем мероприятий по созданию госпитальной базы 40-й армии для инфекционных больных был заместитель начальника ЦВМУ МО СССР — начальник лечебно-профилактического управления генерал-лейтенант медицинской службы И.В.Синопальников. Контроль за своевременностью выполнения конкретных мероприятий непосредственно в 40-й армии осуществлял командированный на этот период в Афганистан начальник лечебного отдела ЦВМУ МО СССР полковник медицинской службы Ю.П.Багаев. Руководство мероприятиями по своевременному обеспечению расширяемых и вновь создаваемых лечебных учреждений помещениями, вещевым и другими видами тылового (вещевого и др.) имущества вел постоянно находившийся в 40-й армии заместитель начальника тыла МО СССР генерал-полковник Г.Т.Тарасов.

Работы по развертыванию госпитальной базы были весьма сложными в организационном и техническом отношении. Тем не менее за короткий промежуток времени было изготовлено необходимое количество приемлемых для размещения людей в условиях жаркого климата сборно-шитовых одноэтажных конструкций К-120 (казарма на 120 человек личного состава). Они первоначально были доставлены в находившийся на территории ТуркВО пункт Хайратон (на границе с Афганистаном), а затем автомобильным транспортом 40-й армии — в места дислокации лечебных учреждений для инфекционных больных. На местах осуществляли их монтаж и перепланировку в соответствии с потребностями функциональных медицинских подразделений, а также административно-хозяйственных служб.

Строительными организациями 40-й армии не располагала. Ответственными за возведение и ввод в строй предназначавшихся для медицинских учреждений сооружений К-120 были начальник медицинской службы 40-й армии и начальники соответствующих лечебных учреждений, а выполнялись они силами военных госпиталей (выздоровливающими военными служащими, проходившими медицинскую реабилитацию) под руководством и при помощи проектно-изыскательского отде-



ла штаба тыла объединения (обеспечение подъемными механизмами и инженерно-техническими специалистами).

ЦВМУ МО СССР вело активную работу по комплектованию новых инфекционных отделений квалифицированными специалистами, средним медицинским и обслуживающим персоналом. Для восполнения возникавшего дефицита врачей-инфекционистов в военных лечебных учреждениях, дислоцировавшихся на территории СССР, были расширены возможности их подготовки в интернатурах военных округов и в Военно-медицинской академии имени С.М.Кирова [15].

Итогом описанных мероприятий явилось создание в 40-й армии крупной госпитальной базы, способной оказывать специализированную медицинскую помощь всем нуждающимся в ней инфекционным больным. Количество коек для этой категории пациентов в военных лечебных учреждениях увеличилось с 80 в 1980–1982 гг., до 800 – в 1983 г., 1420 – в 1984 г. и до 1770 – в 1985 г. Каждое лечебное учреждение, принимавшее инфекционных больных, в течение 1984–1985 гг. было обеспечено фондом госпитальных помещений, медицинским и другими видами имущества из расчета их работы с многократной перегрузкой. В результате мощность предназначенной для инфекционных больных госпитальной базы была доведена до 6000 коек, что позволило прекратить их эвакуацию в военные госпитали ТуркВО [14, 15].

Постепенное решение проблемы госпитализации и оказания специализированной медицинской помощи всем нуждавшимся создало условия для повышения ее эффективности. Однако число случаев неблагоприятного исхода инфекционных болезней в лечебных учреждениях 40-й армии оставалось сравнительно высоким. В значительной мере это было связано с недостаточным уровнем диагностической и лечебной работы. Так, согласно отчетам медицинской службы, количество больных с неустановленным диагнозом в первые 3 года нахождения ОКСВ в Афганистане составляло 36,5–40,0% (они значились как больные с «лихорадкой неясной этиологии» [7]. В 1983 г. руководство ЦВМУ МО СССР ввело в состав меди-

цинской службы 40-й армии должность главного инфекциониста с задачей оптимизировать организацию медицинской помощи инфекционным больным.

Первым главным инфекционистом 40-й армии с 1983 по 1985 гг. был автор настоящей статьи. Приоритетными направлениями его работы с самого начала пребывания в должности стали анализ состояния организации медицинской помощи инфекционным больным в войсках и военных госпиталях, выяснение причин недостаточной ее эффективности, а также внедрение оптимальных методов лечения пациентов.

В Вооруженных Силах СССР на военное время была принята четырех-этапная система оказания медицинской помощи инфекционным больным [10]. На первом этапе – в войсковом звене – предусматривались их раннее активное выявление, неотложная медицинская помощь по показаниям, изоляция в медицинском пункте части и своевременная эвакуация в лечебные учреждения, где (второй этап) осуществлялось оказание специализированной медицинской помощи и лечение до полного выздоровления. Третий этап этой системы включал медицинскую реабилитацию реконвалесцентов, а четвертый – диспансерное наблюдение за переболевшими в условиях воинской части.

По объективным причинам реализация этой системы в 40-й армии, особенно в войсковом звене, имела недостатки. Условия боевой обстановки ограничивали возможности работы медицинского персонала с личным составом, что препятствовало своевременному выявлению больных. Эвакуация инфекционных больных в лечебные учреждения 40-й армии из отдаленных мест нахождения воинских контингентов была возможной в основном воздушным транспортом (вертолетами). Требовался вывоз таких больных из районов боевых действий, из отдаленных гарнизонов, пунктов охраны тыловых и других коммуникаций, с маршрутов перевозок военных грузов с территории СССР.

Имевшийся в распоряжении медицинской службы объединения на втором этапе пребывания ОКСВ в Афганистане только один санитарный вертолет «Бис-



сектриса» использовался для транспортировки раненых. Перевозить инфекционных больных приходилось вертолетами боевого назначения, однако активное задействование их в боевых действиях ограничивало возможности использования этих авиационных средств для медицинской эвакуации. В результате 100% больных вирусным гепатитом и более 80% другими инфекциями поступали в лечебные учреждения на 6–12-е сутки инфекционного процесса [14, 15].

Начальник медицинской службы 40-й армии представил вышестоящему командованию предложение о дополнительном выделении санитарных вертолетов для эвакуации инфекционных больных. В последующем количество санитарных вертолетов в 40-й армии было увеличено до восьми [15]. Это позволило улучшить условия работы войскового звена медицинской службы, обеспечить своевременную эвакуацию инфекционных больных в лечебные учреждения и более раннее начало их лечения, а также повысить эффективность противоэпидемических мероприятий.

С целью сокращения срока пребывания инфекционных больных на догоспитальном этапе войсковым врачам было дано указание всех выявленных или самостоятельно обратившихся военнослужащих с признаками инфекционного заболевания (повышенная температура тела, диарея, кашель, боли в животе, в горле и другими) немедленно (до установления предварительного диагноза заболевания) госпитализировать в лечебные учреждения [5, 6].

Вторым важным в этом отношении мероприятием явилось введение внеочередных медицинских осмотров инфекционистами военных госпиталей личного состава воинских частей, возвращавшегося с боевых действий, из рейдов и рейсов.

Действовавшая в лечебных учреждениях общепринятая сортировка инфекционных больных по нозологическим формам, синдромам, тяжести инфекционного процесса, стадии болезни и некоторым другим критериям была дополнена выделением однородных групп пациентов с рядом факторов, как правило, не встречавшихся в обычной обстановке

деятельности войск: со смешанными инфекциями, выраженной трофологической недостаточностью и другими признаками повышенного риска неблагоприятного течения инфекционного процесса, служившими показанием для превентивной интенсивной терапии). Это помогло унифицировать ведение лечебного процесса и рационализировать труд медицинского персонала [5, 6, 8].

Проведенный в 1984 г. анализ результатов хирургической помощи инфекционным больным в медицинских частях и учреждениях 40-й армии показал, что летальность при оперативных вмешательствах, выполненных в омеб и медицинских ротах по поводу брюшнотифозных кишечных перфораций, многократно превышала этот показатель в госпиталях. Был сделан вывод о нецелесообразности привлечения специалистов войскового звена медицинской службы к оказанию специализированной хирургической помощи инфекционным больным. Решением вышестоящего медицинского руководства инфекционные госпитали 40-й армии были доукомплектованы операционным блоком с соответствующим штатом специалистов. В 1985 г. инфекционные взводы (отделения) омеб гарнизона Кундуз были исключены из штата медицинской службы 40-й армии, а вместо них развернут инфекционный госпиталь на 150 коек. Вспышка холеры в том же году в гарнизоне Джелалабад послужила основанием развернуть в нем инфекционный госпиталь для больных особо опасными инфекциями на 200 коек [14, 15].

Как известно, переболевшие тяжелыми и продолжительными болезнями в течение определенного времени остаются в состоянии сниженной физической и умственной работоспособности и нуждаются в восстановительном лечении. Методика его осуществления в отношении переболевших вирусным гепатитом была разработана В.М.Волжаниным, М.К.Шишкиным и М.М.Шепелевым в штатном реабилитационном центре ТуркВО (пос. Азадбаш Ташкентской обл.), действовавшем с 1980 г. В нем проходили медицинскую реабилитацию реконвалесценты после вирусного гепатита из числа военнослужащих ОКСВ в Афганистане [7].



Высокая заболеваемость военнослужащих брюшным тифом поставила вопрос о восстановительном лечении также и реконвалесцентов после данного заболевания. С этой целью в 1984 г. был открыт нештатный реабилитационный центр на 1000 мест на территории Афганистана (гарнизон Баграм), который в 1985 г. приобрел статус штатного учреждения [14, 15]. Однако в это время не существовало научных разработок, регламентировавших ведение восстановительного лечения переболевших брюшным тифом. Также было неизвестным, все ли категории реконвалесцентов нуждаются в медицинской реабилитации, какова должна быть ее продолжительность и некоторые другие вопросы. Для поиска ответа на них под руководством автора статьи было проведено специальное исследование.

Было установлено, что переболевшие abortивной формой брюшного тифа (с продолжительностью лечения до 7 сут) способны выполнять служебные обязанности в полном объеме с момента выписки из стационара (с 21-го дня нормальной температуры тела).

Подавляющее большинство реконвалесцентов после легкой и все — после средней и тяжелой форм инфекционного процесса имеют признаки неполного клинического выздоровления (астено-

вегетативный синдром, лабильность пульса и другие нарушения, снижение умственной и физической работоспособности). Восстановление здоровья в процессе медицинской реабилитации у большинства перенесших легкую форму болезни наступало в течение 1–3 нед, а после средне-тяжелой — на протяжении 2–5 нед.

Большие различия в сроках нормализации функционального состояния организма и работоспособности при однотипных клинических формах инфекционных болезней послужили основанием для рекомендации ведения в течение восстановительного лечения периодического контроля этих показателей. Однако такими возможностями располагали только штатные реабилитационные центры и крупные медицинские учреждения, имевшие необходимое для этих целей оборудование и специалистов соответствующей квалификации [9].

Выполненные на втором этапе пребывания ОКСВ в Афганистане (1981–1985 гг.) мероприятия существенно повысили эффективность медицинской помощи инфекционным больным. Однако они не решали в полной мере вопроса ее качества. В связи с этим работа по оптимизации диагностического и лечебного процесса в лечебных учреждениях 40-й армии была продолжена.

## Литература

1. *Жданов К.В., Козлов К.В., Шишкин М.К., Ляшенко Ю.И.* и др. Организация медицинской помощи военнослужащим с вирусным гепатитом в современных вооруженных конфликтах // *Воен.-мед. журн.* — 2016. — Т. 337, № 12. — С. 28–35.
2. *Зверев Е.И.* Тифо-паратифозные заболевания в прошлом и настоящем. — М.: Медицина, 1987. — 272 с.
3. *Ивашкин В.Т.* Опыт организации медицинской помощи больным 40-й армии в Афганистане // *Воен.-мед. журн.* — 1992. — № 11. — С. 12–18.
4. *Ляшенко Ю.И.* Новые элементы организации медицинской помощи инфекционным больным в горно-пустынной местности с жарким климатом // *Воен.-мед. журн.* — 1992. — № 2. — С. 49–54.
5. *Ляшенко Ю.И.* Особенности оказания медицинской помощи инфекционным больным в условиях горно-пустынной местности // *Воен.-мед. журн.* — 1991. — № 7. — С. 32–35.
6. *Ляшенко Ю.И.* Особенности организации медицинской помощи инфекционным

больным в районах массовых бедствий / Сборник тезисов науч. конф. ВМедА 16–17 февраля 1991 г. «Актуальные вопросы совершенствования диагностики и лечения пострадавших в районах массовых бедствий». — Л.: ВМедА, 1991. — С. 91–91.

7. *Ляшенко Ю.И.* Работа сотрудников кафедры в Афганистане / Первая в России кафедра инфекционных болезней. — СПб, 2011. — С. 121–131.

8. *Ляшенко Ю.И., Лещенко И.Г., Братийчук А.Н.* Особенности клиники боевых повреждений на фоне инфекций // *Воен.-мед. журн.* — 1991. — № 1. — С. 47–49.

9. *Ляшенко Ю.И., Юров А.И.* Функциональное состояние и работоспособность реконвалесцентов после брюшного тифа // *Воен.-мед. журн.* — 1992. — № 1. — С. 50–53.

10. *Матковский В.С., Иванов А.И.* Основы организации медицинской помощи инфекционным больным в военное время / *Инфекционные болезни.* — Л.: ВМедА, 1970. — С. 342–351.

11. *Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане (1979–1989 гг.).* — Ч. 4. — М., 2003.



12. *Перепелкин В.С., Корольков В.Ф., Мандриков В.А.* Опыт Великой Отечественной войны и организация противоэпидемической защиты ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан // *Воен.-мед. журн.* – 1990. – № 5. – С. 73–78.

13. *Розенберг Н.К.* Брюшной тиф / Инфекционные болезни. – Л.–М.: ОГИЗ, 1936. – С. 5–65.

14. *Синопальников И.В.* Организационно-штатная структура и схемы развертывания

инфекционных и многопрофильных военных госпиталей / Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане (1979–1989 гг.). – Ч. 4. – М., 2003. – С. 306–311.

15. *Синопальников И.В.* Организация лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск в Республике Афганистан в 1979–1989 гг. / Цит по: *Варфоломеев В.А.* К 25-летию вывода советских войск из Афганистана. – *Воен.-мед. журн.* – 2014. – Т. 335, № 5. – С. 84–88.

## ЛЕНТА НОВОСТЕЙ

Командующий войсками Южного военного округа генерал-полковник **Александр Дворников** проинспектировал новую многофункциональную *военную поликлинику* на территории военного городка в **Каспийске**.

Современное медицинское учреждение в полном объеме приступило к оказанию медицинских услуг, обслуживая военнослужащих и членов их семей в соответствии с самыми высокими стандартами гарнизонной военной поликлиники.

Поликлиника способна предоставить полный спектр медицинской диагностики и амбулаторного лечения. В учреждении установлено более 80 новейших медицинских аппаратов, в т. ч. рентгеновское оборудование, УЗИ, имеются стоматологические кабинеты, а также операционные.

Высококвалифицированные специалисты сегодня в полном объеме обеспечивают проведение диспансеризации и углубленного медицинского обследования военнослужащих и членов семей.

Кроме того, технические возможности поликлиники обеспечивают стационарное лечение более 20 пациентов.

Командующий войсками ЮВО убедился в способности новейшего лечебного учреждения обеспечить потребности местного военного гарнизона с учетом его перспективного развития и предстоящего перебазирования соединений Каспийской флотилии из Астрахани в Дагестан.

**Пресс-служба Южного военного округа**, 15 августа 2018 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12191142@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12191142@egNews)

Военнослужащие соединений спецназа *Центрального военного округа*, дислоцированные в Поволжье и Сибири, пройдут обучение навыкам боевой тактической медицины в **Самарской области**.

В течение недели под руководством инструкторов и специалистов медицинских служб округа спецназовцам предстоит отработать вопросы транспортировки пострадавших, их эвакуации во время огневого подавления противника, особенностям транспортировки при скрытном проникновении в тыл к местонахождению раненых, эвакуации пострадавших с использованием военной техники. В основу курса подготовки положен опыт ведения боевых действий в локальных конфликтах последних 30 лет.

Кроме того, с военнослужащими будут работать военные психологи, которые проведут ряд занятий по выработке устойчивости к стрессу, самоконтролю при психотравмирующем воздействии боевой обстановки.

Ранее командующий войсками ЦВО генерал-лейтенант **Александр Лапин** одобрил методические рекомендации, разработанные начальниками медицинских служб объединений, соединений, воинских частей и военно-медицинских организаций округа, и внес соответствующие изменения в подготовку военнослужащих.

**Пресс-служба Центрального военного округа**, 7 августа 2018 г.  
[https://function.mil.ru/news\\_page/country/more.htm?id=12189962@egNews](https://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=12189962@egNews)