



Организация и оказание терапевтической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах

ХАЛИМОВ Ю.Ш., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы
(yushkha@gmail.com)
ТКАЧУК Н.А., кандидат медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы запаса
(tkachuk_nik@mail.ru)
ЖЕКАЛОВ А.Н., доктор медицинских наук, полковник медицинской службы запаса

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

Стройная система оказания терапевтической помощи, в рамках единой системы этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению, сложилась в ходе Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. и обеспечила возврат в строй 90,6% больных. В условиях локальных войн и вооруженных конфликтов важнейшей задачей военно-полевой терапии является совершенствование системы оказания терапевтической помощи на основе регионального и территориального принципов, эшелонирования сил и средств, оптимальной локализации лечебных учреждений с учетом их возможностей, путей эвакуации и т. п. При организации терапевтической помощи следует руководствоваться в первую очередь величиной и структурой санитарных потерь. В современных локальных войнах нельзя исключить возникновение массовых санитарных потерь при ограниченном применении оружия массового поражения, в результате разрушения (при применении обычного оружия или в результате диверсионных акций) объектов ядерной энергетики, химических предприятий, транспортных емкостей, содержащих токсичные химические вещества.

К л ю ч е в ы е с л о в а: локальная война, санитарные потери терапевтического профиля, боевая терапевтическая патология, организация и оказание терапевтической помощи.

Khalimov Yu.Sh., Tkachuk N.A., Zhekalov A.N. – Organization and delivery of therapeutic care in modern local wars and armed conflicts. The system of providing therapeutic care within a united system of staged treatment of wounded and sick and evacuation was established during the Great Patriotic War of 1941–1945 and helped to return 90,6% of casualties to duty. In terms of local wars and armed conflicts the most important task of military field therapy is to improve the provision of therapeutic support through regional and territorial principles, echeloning of forces and facilities, optimization of allocation of medical institutions in accordance with their capabilities, evacuation routes, etc. The organization of therapeutic assistance should be guided primarily by the size and structure of sanitary losses. In modern local wars cannot exclude the occurrence of massive sanitary losses with limited use of weapons of mass destruction, as a result of failure (with a conventional weapon or as a result of sabotage) of nuclear power plants, chemical plants, and transport containers containing toxic chemicals.

К е у в о р д с: local war, sanitary therapeutic losses, military therapeutic pathology, organization and delivery of medical care.

Военно-полевая терапия как один из важнейших разделов военной медицины получила свое организационное оформление значительно позже, чем военно-полевая хирургия. Поэтому не удивительно, что исключительно ценные указания по организации терапевтической помощи в войсках и особенностях патологии военного времени были сделаны выдающимся отечественным хирургом Н.И.Пироговым. Он неоднократно указывал, что «число выбывающих из строя во время войн, вследствие болез-

ней как в прошлых, так и в особенности в нынешних войнах, гораздо значительнее убыли убитыми и ранеными», и далее: «еще с большими трудностями, чем диагноз, соединено лечение внутренних болезней в госпиталях на театре войны. Это лечение гораздо разнообразнее и требует более индивидуализирования больных со стороны врача, чем наружные повреждения».

Н.И.Пирогов на основе своего опыта оказания помощи раненым и больным сформулировал, пожалуй, главное



положение военной медицины, которое гласит, что «...не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны...». Требования Н.И.Пирогова к сортировке раненых по срочности оказания медицинской помощи и показаниям к эвакуации являются общепризнанным образцом сочетания врачебного дела с военным и основополагающим элементом военной медицины вообще.

Формирование военно-полевой терапии как самостоятельной дисциплины подготавливалось в течение многих десятилетий лучшими представителями отечественной медицины (М.Я.Мудров, Я.И.Говоров, Р.С.Четыркин, А.А.Чаруковский и др.). Выдающуюся роль в ее развитии сыграл С.П.Боткин, который был участником двух войн: Крымской 1853–1856 гг. и Русско-турецкой 1877–1878 гг.

Важной вехой в развитии организационных основ военно-полевой терапии стала Первая мировая война (1914–1918), когда впервые появилась принципиально новая категория пострадавших – массовые санитарные потери от поражения отравляющими веществами.

Опыт работы военных терапевтов во время военных действий в районе озера Хасан (1938) и у реки Халхин-Гол (1939), в период Советско-финляндской войны (1939–1940) выявил необходимость организационного оформления нового раздела военной медицины – военно-полевой терапии. Основные элементы доктрины военно-полевой терапии определились в канун Великой Отечественной войны (1941–1945), а сама система оказания терапевтической помощи в рамках единой системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению сложилась уже в ходе войны.

В послевоенное время был издан многотомный труд «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». В томах 21–24, 27–30 была обобщена деятельность терапевтов в период войны, освещены новые разделы и направления военно-полевой терапии. Этот труд с полной очевидностью показывает, что во время войны в Совет-

ской армии организационно оформилась четкая система оказания терапевтической помощи, выражавшаяся в сочетании весьма эффективных профилактических и лечебных мероприятий, в создании специализированных терапевтических лечебных учреждений, в установлении строгого порядка эвакуации по назначению терапевтических больных. Все это явилось свидетельством того, что в ходе Великой Отечественной войны военно-полевая терапия окончательно оформилась как один из важнейших разделов военной медицины, а созданная в этот период стройная система оказания терапевтической помощи сыграла, как известно, важную роль в улучшении результатов лечения и обеспечила возврат в строй 90,6% больных.

Взрывы ядерных боеприпасов над японскими городами Хиросима и Нагасаки (август 1945 г.), приведшие к большому человеческим жертвам, свидетельствовали о появлении нового вида боевой травмы – радиационных поражений. Послевоенные годы ознаменовались бурным развитием различного рода *оружия массового поражения* (ОМП) – ядерного, высокотоксичных отравляющих веществ и бактериальных средств поражения личного состава. В условиях реальной возможности использования ОМП стало совершенно очевидным, что роль военно-полевой терапии в современной масштабной войне резко повышается по сравнению с периодом Великой Отечественной войны. Возможное применение средств массового поражения позволяло предполагать, что в такой войне пораженные и раненые составят основную массу санитарных потерь, а соматические больные – относительно небольшую долю.

Таким образом, впервые в истории военной медицины основными контингентами, подлежащими лечению в терапевтических учреждениях, становятся пострадавшие от боевого оружия (боевая терапевтическая патология), и в этом контексте военно-полевая терапия встала в один ряд с военно-полевой хирургией.



Конец 80-х – начало 90-х годов XX в. отмечены ростом количества технических аварий и катастроф, главной из которых явилась авария на Чернобыльской АЭС, по масштабам и экологическим последствиям не только сопоставимая, но и превзошедшая последствия ядерных бомбардировок японских городов.

В то же время произошло изменение военной доктрины, связанное, прежде всего, с уменьшением возможности развязывания войны с применением ОМП, но с одновременным нарастанием конфронтации между отдельными регионами, странами и т. п., что несет в себе потенциальную опасность возникновения *локальных войн (ЛВ) и вооруженных конфликтов (ВК)*.

Исходя из этого, традиционные теоретические и научно-практические направления военно-полевой терапии потребовали определенного уточнения и развития.

В условиях современных ЛВ и ВК важнейшими задачами военно-полевой терапии являются совершенствование системы оказания терапевтической помощи на основе регионального и территориального принципов, оптимальная локализация лечебных учреждений в конкретном регионе с учетом их возможностей, путей эвакуации и т. п.

При организации терапевтической помощи следует руководствоваться основополагающими концептуальными установками, регламентирующими деятельность военно-медицинской службы. В первую очередь это относится к представлениям о величине и структуре *санитарных потерь (СП)* терапевтического профиля, зависящих от таких факторов, как поражающие свойства средств ведения войны, состояние здоровья и уровень заболеваемости личного состава, климатогеографические условия театра боевых действий, санитарно-эпидемиологическое состояние региона и др. [2, 4–6].

«Для медицинской службы войск данные статистики санитарных потерь являются основой прогноза предполагаемого объема работы, адекватного выде-

ления необходимых сил и средств и организации их использования в условиях боевой обстановки» [8].

Вопрос формирования санитарных потерь терапевтического профиля в локальных войнах и вооруженных конфликтах был подробно рассмотрен нами ранее [7]. Главный вывод, который был сделан – в ЛВ и ВК, наряду с терапевтическими СП, характерными для военного времени, нельзя исключить возникновение массовых санитарных потерь. Такая вероятность не исключается при ограниченном применении ОМП (в марте 2013 г. в Сирии в провинции Алеппо было зафиксировано использование химического оружия, в результате чего погибли 26 человек и около 90 получили отравления различной степени тяжести), а также в результате разрушения (при применении обычного оружия или в результате диверсионных акций) объектов ядерной энергетики, химических предприятий, транспортных емкостей, содержащих *токсичные химические вещества (ТХВ)*.

Например, основными токсическими компонентами при авариях на объектах химической промышленности являются вещества раздражающе-удушающего действия (хлор, аммиак, концентрированные кислоты). Сложность ранней диагностики степени тяжести поражения этими веществами в силу наличия скрытого периода продолжительностью до 1–1,5 сут требует госпитализации и интенсивного наблюдения в условиях соблюдения строгого постельного режима за всеми пострадавшими, получившими эффект раздражения глаз или верхних дыхательных путей. Последствия поражения личного состава, загрязнения значительных территорий радионуклидами и стойкими химическими веществами как в зоне боевых действий, так и в тыловых районах при разрушениях объектов химической и ядерной промышленности вполне сопоставимы с применением ядерного или химического оружия.

Это означает, что в условиях современной войны, ЛВ или ВК сохраняется актуальность боевой терапевтической



патологии, а при определенных условиях возможно резкое возрастание уровня СП терапевтического профиля, что необходимо учитывать при организации терапевтической помощи больным и пораженным.

Характерной особенностью современных ЛВ и ВК является широкое разнообразие условий их возникновения и развития, применяемых форм, методов и средств вооруженной борьбы. При этом боевые операции, как правило, будут иметь большей частью маневренный характер. Поэтому перед военными терапевтами ставится следующая задача — обеспечить терапевтическую помощь в условиях современной маневренной войны, при применении противником разных видов оружия, различных видов и родов войск с учетом специфики театра военных действий и многих других факторов. Все это влияет на организационные формы оказания терапевтической помощи и определяет ее задачи и объем, которые могут изменяться в зависимости от конкретной боевой обстановки [2, 4, 6, 8].

Следует отметить, что после принятия Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» были приняты некоторые изменения в оказании медицинской помощи: первая помощь, медицинская помощь и ее формы (первичная медико-санитарная; специализированная, в т. ч. высокотехнологичная, медицинская помощь; скорая, в т. ч. высокотехнологичная, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь). Основные положения этого закона были адаптированы и частично интегрированы в военную медицину мирного времени. Этот процесс продолжается и сейчас. Что же касается оказания медицинской помощи военнослужащим в военное время, то мы считаем, что следует сохранить основные положения существующей системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, совершенствуя и адаптируя ее к современным условиям.

Для реализации системы этапного лечения с эвакуацией по назначению потребуются:

- своевременная подготовка территориальной системы медицинской службы в соответствии с поставленными задачами;

- оперативное оборудование территории в районах возможных вооруженных конфликтов с целью создания необходимой военно-медицинской инфраструктуры для решения задач медицинского обеспечения, особенно в начальный период боевых действий;

- создание группировок медицинской службы, включающих подразделения, части и учреждения медицинской службы различных министерств, видов и родов войск;

- создание в округах мобильных подразделений и частей высокой степени готовности (МОСН, группы усиления), предназначенных для решения внезапно возникающих задач, усиления группировок медицинской службы в зоне вооруженного конфликта;

- максимальное приближение всех видов медицинской помощи к пораженному, раненому, больному;

- эшелонирование сил и средств медицинской службы;

- особое внимание к оснащению личного состава групп, участвующих в маневренных формах вооруженной борьбы, порой на изолированных направлениях, средствами оказания первой помощи, усиления медицинской службы батальонов врачами и средним медицинским персоналом с соответствующим оснащением и медицинскими транспортными средствами [3, 9].

Современная система организации медицинской помощи в ЛВ и ВК предполагает наличие нескольких эшелонов. Первый эшелон — мероприятия от первой помощи до первой врачебной, которые обеспечиваются медицинской службой бригад, полков. Второй эшелон — квалифицированная медицинская помощь, оказываемая *военно-медицинскими учреждениями* (ВМУ) — омедб, МОСН. Третий эшелон — мероприятия специа-



лизированной медицинской помощи, осуществляемые частично в МОСН (при наличии групп усиления), но в основном – в ВМУ (госпиталях) округа и центра.

В литературе последних лет появились такие термины, как «двухэтапная, трехэтапная, многоэтапная системы», определяющие систему лечебно-эвакуационных мероприятий по количеству этапов медицинской эвакуации. Таким образом, подчеркивается, что число этапов – главная характеристика лечебно-эвакуационной системы. Однако более аргументированной нам представляется точка зрения, согласно которой этапность является лишь отражением особенностей конкретной боевой обстановки, в соответствии с которой принимается решение о количестве этапов оказания помощи и эшелонировании сил и средств, а главным является принцип минимально достаточной необходимости [8].

Например, система оказания медицинской помощи раненым и больным в армии США строится следующим образом. Стационарное и амбулаторное лечение всех категорий раненых и больных осуществляется, главным образом, в пределах *театра военных действий* (ТВД) в унифицированных по численности и близких по задачам и организационной структуре *госпиталях боевой поддержки* (ГБП). Сроки лечения раненых и больных определяются для каждого эшелона госпиталей в пределах установленного для ТВД, чаще всего до 60 сут [1].

Таким образом, в рамках положений военно-медицинской доктрины вполне обосновано приближение квалифицированной и специализированной помощи к войскам на ТВД за счет концентрации сил и средств медицинской службы в ВМУ и лечебно-диагностических центрах региона вооруженного конфликта. Конечной целью этого является скорейшая эвакуация пострадавших и больных в те медицинские учреждения, где им будет оказана исчерпывающая медицинская помощь (т. е. до окончательного исхода), что, естественно, приводит к сокращению количества этапов медицинской эвакуации.

Применительно к СП терапевтического профиля, с учетом преобладания легких вариантов течения заболеваний по основным классам, следует отметить, что подавляющее число заболевших смогут получить исчерпывающую медицинскую помощь в объеме квалифицированной и специализированной в ВМУ второго и третьего эшелонов, находящихся непосредственно на ТВД или максимально близко от него в пределах округа. Главным критерием для лечения больных и пострадавших на том или ином этапе будут являться средние сроки лечения по основным нозологическим формам.

Кратко остановимся на существенных моментах оказания квалифицированной медицинской помощи. Ее реализация осуществляется путем проведения трех кардинальных мероприятий:

- временная госпитализация нетранспортабельных на 1–3 сут для проведения интенсивной терапии с целью выведения их из этого состояния;

- выделение потока легкопораженных и легкобольных для оставления их на данном этапе до выздоровления и возвращения в строй;

- полная санитарная обработка пострадавших, поступивших из зон разрушения объектов атомной или химической промышленности и зараженных ядовитыми ТХВ, радиоактивными веществами.

Выделение контингента нетранспортабельных и, следовательно, нуждающихся во временной госпитализации, осуществляется начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи. При определении критериев нетранспортабельности следует руководствоваться не столько нозологическим, сколько синдромологическим принципом. К нетранспортабельным необходимо относить пораженных и больных со следующими клиническими синдромами:

- острая дыхательная недостаточность II–III степеней;

- острая сердечно-сосудистая недостаточность;

- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости (пароксизмальная тахикардия, пароксизмальная тахисисто-



лическая форма мерцательной аритмии, полная атриовентрикулярная блокада, частые политопные, групповые и ранние экстрасистолы);

- судорожный синдром;
- коматозное состояние;
- неукротимая рвота;
- некупированный болевой синдром (стенокардия, инфаркт миокарда, печеночная и почечная колика и др.);
- тяжелый гипертонический криз.

Наряду с этим на данном этапе, при благоприятной боевой обстановке, возможно проведение лечения по следующим основным нозологическим формам со средними сроками лечения от 10 до 15 сут:

- нейрциркуляторная астенция без нарушений ритма сердца;
- бронхит острый;
- функциональная диспепсия;
- ОРЗ, грипп, ангина;
- пиодермиты ограниченные;
- невроты реактивные легкой степени;
- поражения ТХВ удушающего действия легкой степени (ринофарингит);
- перегревание или переохлаждение острое легкой степени.

Кроме того, на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи могут осуществляться некоторые мероприятия специализированной терапевтической помощи – так называемая ранняя специализированная терапевтическая помощь.

Выделение ранней специализированной помощи по отношению к больным и пораженным терапевтического профиля в условиях локального конфликта имеет следующие аспекты:

1) углубленное обследование на этапе квалифицированной медицинской помощи с применением современных ультразвуковых, эндоскопических, лабораторных, электрофизиологических методов диагностики;

2) расширение объема терапевтической помощи с целью быстрой подготовки к эвакуации нетранспортабельных больных и пораженных;

3) проведение ранней патогенетической терапии больным и пораженным с

применением современных методов лечения – гипербарической оксигенации, экстракорпоральной гемосорбции и др.

Для этого ВМУ второго эшелона могут усиливаться группами специалистов, оснащенных современным оборудованием и медикаментами по специальностям: рентгенология, эндоскопия, ультразвуковая диагностика, лабораторное дело, инфектология, дерматология, психоневрология, радиология, токсикология, гипербарическая оксигенация, экстракорпоральная гемосорбция, реанимация и интенсивная терапия.

При частых передислокациях мобильных ВМУ сроки лечения могут существенно сокращаться вплоть до оказания медицинской помощи по неотложным показаниям, т. е. фактически проведения интенсивной терапии нетранспортабельным больным с целью выведения их из этого состояния с последующей эвакуацией.

Таким образом, в реальных условиях ВК на этапе квалифицированной медицинской помощи, при условии достаточно долгого размещения (без частых передислокаций) ВМУ, возможно осуществление лечения значительному количеству больных и пострадавших терапевтического профиля, а также окончательное определение эвакуационного предназначения.

Касаясь организации специализированной терапевтической помощи, необходимо указать, что в условиях ЛВ и ВК она может осуществляться, как было указано выше, в госпиталях второго, но в основном последующих эшелонов, дислоцированных в зоне ответственности, в центральных госпиталях, а при необходимости в любых военных или гражданских лечебных учреждениях, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь.

Больные со средними сроками лечения до 20 сут должны находиться на лечении в ВМУ третьего эшелона, дислоцированных в военном округе, наиболее близко к зоне военного конфликта. Основные нозологические формы представляют:



– пневмония легкой степени тяжести (одностороннее поражение не более 1–2 сегментов, умеренно выраженные признаки интоксикации, температура тела не более 38 °С, лейкоцитоз не более 10 000 с умеренным палочкоядерным сдвигом до 10%, стабильная гемодинамика, без дыхательной недостаточности и дефицита массы тела) и средней степени тяжести (на фоне дефицита массы тела, поражение 1–2 сегментов, выраженная интоксикация, температура тела более 38 °С, ЧДД < 30, АД сист. > 90 мм рт. ст.);

– нейроциркуляторная дистония с нарушениями ритма сердца;

– гипертоническая болезнь I стадии;

– стенокардия напряжения I–II ФК без нарушений ритма и недостаточности кровообращения;

– миокардиодистрофия физического перенапряжения без нарушений ритма;

– гастрит хронический, гастродуоденит;

– бронхит хронический необструктивный в фазе обострения;

– энтероколиты острые;

– дистрофия алиментарная и гиповитаминозы легкой степени;

– дизентерия острая;

– корь, ветряная оспа;

– холера;

– гонорея острая;

– дерматомикозы неосложненные;

– сотрясение головного мозга без выраженных клинических проявлений;

– поражения ТХВ удушающего действия средней тяжести (трахеобронхит);

– острая лучевая болезнь легкой степени (в период разгара).

По этим нозологическим формам лечение должно быть проведено в полном объеме. В случае необходимости госпиталь может быть усилен специалистами различных терапевтических специальностей и соответствующим оборудованием, что позволит проводить полный объем лечебно-диагностических мероприятий и осуществлять лечение по перечисленным нозологическим формам до окончательного исхода заболевания (поражения).

В окружной (базовый) госпиталь следует направлять для лечения больных со средними сроками лечения до 30 сут следующих нозологических форм:

– гипертоническая болезнь II стадии;

– стенокардия напряжения II–III ФК;

– миокардит инфекционно-аллергический;

– пневмония тяжелого течения (крупозная с поражением доли легкого, очаговое билатеральное поражение, ЧДД > 30, АД сист. < 90 мм рт. ст., диурез < 20 мл/ч, нарушение сознания, лейкоцитоз > 20 000, лейкопения < 4000, отсутствие палочкоядерного сдвига на фоне лейкоцитоза, пневмония на фоне выраженного дефицита массы тела);

– бронхиальная астма средней тяжести;

– хронические неспецифические заболевания легких без выраженных нарушений функции внешнего дыхания;

– гастродуоденит эрозивный;

– язвенная болезнь 12-перстной кишки;

– энтероколит хронический без упадка питания;

– пиелонефрит в фазе обострения;

– полиартрит реактивный;

– паротит эпидемический;

– малярия;

– пиодермиты распространенные;

– экзема острая;

– эритема узловатая;

– кожный лейшманиоз;

– ушиб головного мозга легкой и средней степеней тяжести;

– периферические невриты;

– реактивные неврозы и психозы средней тяжести.

Как вариант возможно унифицировать госпитали третьего эшелона по лечению вышеперечисленных нозологических форм и установить для них единые сроки лечения, например не более 30 сут. А малоперспективные для возвращения в строй больные и пораженные терапевтического профиля со сроками лечения более 30 сут подлежат госпитализации в лечебные учреждения тыла страны (центральные госпитали, ВМедА и др.).



К таковым следует отнести следующие заболевания:

- инфаркт миокарда;
- гипертоническая болезнь III стадии;
- хронические неспецифические заболевания легких с легочно-сердечной недостаточностью II–III степени;
- бронхиальная астма тяжелого течения;
- хронический активный гепатит;
- циррозы печени;
- неспецифический язвенный колит;
- болезнь Крона;
- хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта с упадком питания и болевым синдромом (хронические энтероколиты, панкреатиты);
- гломерулонефрит острый с затяжным течением;
- хронический диффузный гломерулонефрит;
- коллагенозы;
- системные заболевания крови (гемобластозы, лимфомы, гипопластические и гемолитические анемии);
- заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксический зоб и др.);
- затяжные формы вирусного гепатита;
- СПИД;
- туберкулез легких в активной форме;
- тяжелые формы экземы, псориаза, atopического дерматита;
- энцефаломиелополирадикулоневриты;
- ушибы головного и спинного мозга тяжелой степени;
- затяжные формы реактивных неврозов и психозов;
- тяжелые психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);
- тяжелые соматические и неврологические осложнения острых экзогенных интоксикаций;
- острая лучевая болезнь средней и тяжелой степени.

Таким образом, планирование медицинского обеспечения боевых действий

в локальном вооруженном конфликте в части, касающейся оказания специализированной медицинской помощи контингентам больных терапевтического профиля, должно проводиться с учетом наличия госпиталей со сроками лечения до 30 сут на небольшом удалении от места ведения боевых действий (не далее 100–150 км). Целесообразность этого обусловливается возможностью возврата больных и пораженных после излечения в строй, тогда как эвакуация их в тыловые районы эту вероятность значительно уменьшает.

Приведенный выше порядок оказания медицинской помощи больным оптимален для регионов с относительно высокой плотностью размещения госпиталей. Если же плотность размещения ВМУ сравнительно мала, то потребуются дополнительное развертывание на этой территории учреждений госпитальной базы. Исходя из расчетов среднесуточных санитарных потерь больными в ЛВ и ВК с длительностью лечения месяц и более, легко убедиться, что при применении только обычного оружия койки терапевтического профиля в лечебных учреждениях стационарной госпитальной базы будут иметь перегрузку в 1,5–2 раза.

Возникновение массовых санитарных потерь при ограниченном применении ОМП, авариях, разрушениях объектов ядерной или химической промышленности может увеличить эту перегрузку до 14–15 раз, что является абсолютно недопустимым. В этих условиях терапевтические отделения *военно-полевых многопрофильных госпиталей* (ВМПГ) госпитальной базы по коечной емкости, штату медперсонала и оснащению не смогут качественно и в должном объеме обеспечить пострадавшим оказание терапевтической помощи. Решение проблемы острого дефицита терапевтических коек можно решить, если предусмотреть введение в штат госпитальной базы 1–2 *военно-полевых терапевтических госпиталя* (ВППГ).

В заключение хотелось бы обратить особое внимание на проблему подготовки специалистов терапевтического про-



филя по вопросам военно-полевой терапии. От врача, кроме знаний по висцеральной патологии военной времени и висцеральных осложнений у раненых, современная война требует подготовки по токсикологии и радиологии.

Как уже отмечалось, в случае применения ОМП или разрушения объектов ядерной энергетики, химических предприятий и т. п. на передовые этапы медицинской эвакуации одновременно поступит большое количество пораженных, что сильно осложнит работу врачей-терапевтов. В этих условиях им необходимо в кратчайшие сроки провести медицинскую сортировку, санитарную обработку поступающих, определить характер и тяжесть поражения, оказать нуждающимся неотложную терапевтическую помощь, эвакуировать их на последующие этапы оказания медицинской помощи.

Указанные трудности усугубляются и тем, что для установления диагноза здесь могут быть использованы в основном данные субъективного и обычного объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), простейшие инструментальные исследования (измерение артериального давления) с ограниченным применением дополнительных методов (лабораторных, инструментальных и др.).

Терапевту необходимо не только поставить диагноз, но и установить лечебно-эвакуационный прогноз, т. е. определить тот этап медицинской эвакуации, где лечение окажется наиболее эффективным, а его сроки оптимальными. Устанавливая диагноз заболевания, врач должен назначить больному лечение, учитывая целесообразность и возможность его проведения в той обстановке, в которой будет проходить эвакуация заболевшего.

Из сказанного следует, что военно-полевой терапевт должен иметь специальную подготовку по диагностике и лечению висцеральной патологии военного времени, висцеральных осложнений у раненых, а также пораженных с боевой терапевтической патологией.

Таким образом, совершенствование принципов организации оказания терапевтической помощи, осуществление взаимодействия специалистов терапевтического и хирургического профилей, в т. ч. по раннему выявлению и лечению висцеральных осложнений у раненых, совершенствование специальной подготовки врачей-терапевтов будут способствовать своевременному и качественному решению задач по оказанию терапевтической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах.

Литература

1. Васильченко А.Д., Русев И.Т. Система госпитального лечения раненых и больных, принятая в США на военное время // Воен.-мед. журн. — 2008. — Т. 329, № 1. — С. 62–65.
2. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Владимиров Е.В. Опыт применения мобильных формирований Службы медицины катастроф Минобороны России в локальных войнах и вооруженных конфликтах // Воен.-мед. журн. — 2011. — Т. 332, № 9. — С. 12–20.
3. Нечаев Э.А., Лобастов О.С. Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск на современном этапе развития военной медицины // Воен.-мед. журн. — 1991. — № 9. — С. 4–7.
4. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане. 1979–1989 гг.: В 5 т. / Под ред. И.В.Синопальникова. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, 2003. — Т. I. — 468 с.
5. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане. 1979–1989 гг.: В 5 т.

/ Под ред. И.В.Синопальникова, К.С.Иванова, В.Г.Новожинова. — М.: ГВКГ им. Н.Н.Бурденко. — 2004. — Т. IV. — 454 с.

6. Особенности организации и оказания терапевтической помощи раненым и больным в Республике Дагестан и Чеченской Республике. Совершенствование лечебно-профилактических алгоритмов: Отчет о НИР по теме 2.00.062. п.4. / ВМедА им. С.М.Кирова. — СПб, 2003. — 285 с.

7. Халимов Ю.Ш., Ткачук Н.А., Жекалов А.Н. Формирование санитарных потерь терапевтического профиля в локальных войнах и вооруженных конфликтах // Воен.-мед. журн. — 2012. — Т. 333, № 9. — С. 4–11.

8. Чиж И.М. Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах // Воен.-мед. журн. — 2000. — Т. 321, № 6. — С. 4–15.

9. Чиж И.М. Организационные основы построения территориальной системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил // Воен.-мед. журн. — 1995. — № 4. — С. 18–25.