

ДОКТРИНА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

Следует отметить, что военно-медицинская служба оказалась хорошо подготовленной к действиям в боевых условиях, так как с 30 мая по 3 июня 1994 года на базе Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Санкт-Петербурге прошли сборы руководящего состава медицинской службы ВС РФ, учения и XXXV Пленум Ученого медицинского совета ГВМУ. На учениях детально прорабатывались вопросы оказания медицинской помощи в войсковом районе и на этапах эвакуации при начале боевых действий. Там же произведено развертывание госпитальной базы и впервые — аэромобильного госпиталя ВДВ, медроты парашютно-десантного полка, медицинского взвода мотострелкового батальона мотострелковой бригады (мсбр). Все было свежо в памяти, мы были готовы к практической работе в любой экстремальной ситуации.

К концу 1993 года был закончен детальный анализ опыта оказания медицинской помощи раненым в локальной войне в Афганистане, что позволило внести значительные дополнения в организацию работы медицинской службы с учетом возросших возможностей военной медицины и технической оснащенности войск.

К важнейшим элементам этой организации относились:

- 1 Повышение мобильности медицинской службы и маневра медицинскими подразделениями.

- 2 Введение авиамедицинской эвакуации раненых в войсковом районе и на территории страны.
- 3 Создание подвижных медицинских отрядов специального назначения (МОСН) для максимального приближения хирургической помощи к району боевых действий.
- 4 Широкое использование подвижных отрядов специализированной медицинской помощи (ОСМП) в целях усиления передовых лечебных учреждений, создания в них условий для оказания неотложной специализированной хирургической помощи.
- 5 Улучшение подготовки личного состава по оказанию само- и взаимопомощи.
- 6 Широкое использование средств индивидуальной защиты личного состава.
- 7 Введение нового подхода к медицинской сортировке с использованием данных прогноза ранения.

К этому времени была разработана доктрина военно-полевой хирургии (П.Г. Брюсов, 1993), семь положений которой были включены в военно-медицинскую доктрину страны (И.М. Чиж и соавт., 1995).

Хирургические установки включали:

- 1 Максимальное сокращение этапов эвакуации и использование возможностей для одномоментного оказания хирургической помощи раненым.

- ② Допустимость изменений установленного объема хирургической помощи в омедб и МОСН в зависимости от боевой и медицинской обстановки.
- ③ Придание решающего значения неотложным медицинским мероприятиям, лечению шока и кровопотери на всех этапах медицинской эвакуации.
- ④ Сохранение единого подхода при лечении огнестрельной раны: ранняя антибиотикопрофилактика, ранняя первичная хирургическая обработка раны, закрытие ран преимущественно отсроченным швом.
- ⑤ Возрастание значимости специализированной анестезиологической и реаниматологической помощи.
- ⑥ Осуществление четкой организации и последовательности в оказании хирургической помощи при сочетанных и множественных ранениях.
- ⑦ Широкая специализация хирургической помощи, придание первостепенного значения неотложной специализированной помощи, которая должна быть приближена к лечебным учреждениям армейского и войскового района.
- ⑧ Проведение объективной оценки тяжести ранения и тяжести состояния раненого с выделением критериев прогноза.

Тогда же было определено, что, несмотря на стремление к сокращению этапов эвакуации, сохраняется эшелонированное построение медицинских сил и средств, что

предусматривало сохранение всех видов медицинской помощи. Главенствующее значение придавалось неотложной медицинской помощи на всех этапах эвакуации раненых — базисному положению в борьбе за спасение жизни раненых и предупреждение развития тяжелых осложнений. На разборе учений начальник кафедры военно-полевой хирургии ВМедА генерал-майор медслужбы И.А. Ерюхин предложил внести дополнения в доктрину военно-полевой хирургии и ввести положение о *ранней неотложной специализированной хирургической помощи*. Он обосновывал это положение новыми подходами в лечении тяжелой сочетанной травмы, когда необходимо максимально раннее использование специализированных вмешательств и осуществление лечения на самом современном уровне. Положение об организации *ранней (неотложной) специализированной хирургической помощи* раненым с поли-травмой было внесено в военно-медицинскую доктрину на XXXV пленуме УМС ГВМУ (И.М. Чиж и соавт., 1995).

Тогда же в докладе полковника медслужбы Г.А. Костюка прозвучало положение о «двухэтапной системе оказания помощи раненым», которое вскоре станет очень востребованным.

Возможность в условиях локального военного конфликта использовать принцип *ранней специализированной хирургической помощи* была обоснована П.Г. Брюсовым и В.И. Хрупкиным (1996) в подготовленном в 1994 г. и изданном двумя годами позже «Руководстве по военно-полевой хирургии». Она базировалась на отказе от выполнения неспециалистами ряда операций на этапе

оказания квалифицированной медицинской помощи при условии быстрой доставки раненых в многопрофильный госпиталь, в котором созданы условия для оказания всех видов специализированной помощи.

Большое внимание было уделено МОСН, созданному по инициативе Э.А. Нечаева для работы в экстремальных ситуациях мирного времени и в локальных военных конфликтах. Было определено, что МОСН — это воинское подразделение, предназначенное для выполнения задач по оказанию первой врачебной, квалифицированной и элементов специализированной медицинской помощи, временной госпитализации, подготовки к эвакуации в лечебные учреждения для дальнейшего лечения и реабилитации пострадавших и больных вблизи очагов массовых санитарных потерь в любых условиях мирного и военного времени: в зонах ведения боевых действий, ликвидации последствий стихийных бедствий, аварий и катастроф. При боевых действиях МОСН еще не развертывался, поэтому 1994–1996 гг. станут определяющими для оценки эффективности его работы в реальных условиях.

Начало

30 ноября я был вызван к начальнику ГВМУ, который поставил передо мной задачу вылететь 2 декабря в г. Моздок вместе с личным составом двух МОСН — 696-м (ГВКГ им. Бурденко) и 660-м (ЛенВО) для руководства оказанием хирургической помощи на этапах эвакуации.

2 декабря мы вылетали с аэродрома Чкаловский двумя самолетами.

Из дневника

Аэропорт «Чкаловский». Наш ИЛ-76 загружен под потолок машинами, вещами, кое-где мелькают лица наших хирургов и медицинских сестер. Все сосредоточены, серьезны. Кроме меня, от госпиталя летят 21 офицер и 27 женщин-военнослужащих. От кафедры военно-полевой хирургии ГИУВ МО — подполковник медслужбы И.С. Осипов, капитан медслужбы А.Н. Цепелев.

Перед вылетом началась пурга, в которую один за другим воинственно уходят ИЛы, тяжело груженные техникой и десантниками. Чувствуешь силу армии, ее мощь, которая заключена в организованности и готовности выполнить приказ. Но сработает ли это сейчас, когда против нас поднимают целый народ?

Вылетаем в 12.40. В Моздоке садимся в сплошном тумане, на высоте 200 метров пробили облака и удивительно плавно приземляемся на военном аэродроме. Чувствуется высокий профессионализм военного экипажа (командир Сергей Алексеевич). Здесь множество транспортных самолетов. Войска располагаются сразу за аэродромом, где подготовлены палатки. Все вооружены, с автоматами. Среди солдат и офицеров витает какое-то грозное возбуждение. Сразу вспомнил «Окаянные дни» И.А. Бунина: «Прорывалась в речь площадная брань...».