

# Медицинское обеспечение в противопартизанских войнах: Эпидемиологическое обеспечение боевых действий в Советско-Афганской войне

Лестер Грау, Уильям Йоргенсен

Центр изучения иностранного военного опыта, Форт Ливенурт, Канзас.

---

Статья была опубликована в Журнале *U.S. Army Medical Department Journal* за май-июнь 1995 г.

---

## Введение

На протяжении всей истории военных конфликтов армии и болезни шли нога в ногу. Смертность от болезней зачастую превышала смертность на поле боя. Не генералы, а тиф, чума, холера и дизентерия предreshали исход многих военных кампаний. Во время Крымской Войны 1853-1856 годов, Англия и Франция выступили совместно против России. Силы французов составляли 309 тысяч солдат, из которых 200 тысяч было госпитализированы – 50 тысяч по ранению, и 150 тысяч из-за болезней. Ситуация в английской и русской армиях была схожей<sup>1</sup>. Следующая таблица показывает соотношение боевых и небоевых потерь среди действующих армий.

Потери действующих армий в Крымской войне<sup>2</sup>

	Ранено	Убито, умерло от ран	Заболело	Умерло по болезни
Французы	39 869	20 356	196 430	49 815
Англичане	18 283	4 947	144 390	17 225
Русские	92 381	37 958	322 097	37 454

Развитие уровня медицины, использование прививок значительно сократили небоевые потери; тем не менее, болезни продолжают подрывать боеспособность современных армий. Некоторые из них уделяют больше внимания эпидемиологическим мероприятиям, чем другие. Опыт Советской Армии в Афганистане показал большую роль профилактической медицины и полевой гигиены в поддержании боеспособности войск в непривычных климатических условиях.<sup>3</sup>

В течение первых шесть лет войны, советская пресса просто упоминала о войне. Когда она делала это, это преподносилось в виде счастливых советских солдат, строящих больницы и дома для сирот. О боевых действиях не упоминалось, как ни упоминалось про факт, что советские солдаты наполняли больше больниц, чем они строили. Только с появлением политики гласности, проводимой Генеральным Секретарем М.Горбачевым, начала проявляться истинная картина.

Из 620 тысяч советских солдат отслуживших в Афганистане, 14453 погибли в боевых действиях или умерли от ран, болезней и несчастных случаев. Это составляет всего 2,33% от всего количества служивших. Однако уровень госпитализации во время Афганской кампании был весьма значительным: 469685 госпитализированных, составившие 75,76% от всего количества служивших. Из них 53753 чел. (11,44%) были ранены или травмированы, а 415932 чел. (88,56%) были госпитализированы из-за серьезных заболеваний. Другими словами, из всех служивших в Афганистане, 67,09% потребовали госпитализации из-за болезней. Из этого числа заболевших, в 115308 случаях причиной госпитализации стал вирусный гепатит, в 31080 случаях – сыпной тиф<sup>4</sup>, в

---

<sup>1</sup> Hans Zinsser, *Rats, Lice and History*, Boston: Little, Brown and Company, 1934, 165.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Советское вторжение в Афганистан, начавшееся 25 декабря 1979 г., вовлекло советские войска в гражданскую войну с повстанцами в самых неблагоприятных условиях. Их тщетные попытки поддержать непопулярный марксистский режим закончились выводом войск, завершившимся 15 февраля 1989 г. Недовольство, вызванное решением советского руководства участвовать в Афганской войне, стало одной из причин развала Советского Союза. Война продолжается до сих пор, но уже не между коммунистами и исламистами. Сейчас различные группировки сражаются между собой за контроль над ресурсами.

<sup>4</sup> Г.Ф. Кривошеев. Гриф секретности снят. М.: Воениздат, 1993 г., стр. 401-405. В книге указано 415932 госпитализированных по болезням, из которых 115308 чел заразившихся гепатитом, 31080 чел – тифозной лихорадкой и 140665 чел – другими болезнями. Таким образом, не подсчитанными оказались 128889 человек (или 39,99% от общего количества), которые в данной статье добавлены к тем 140665 чел, госпитализированных с другими болезнями.

остальных случаях причинами госпитализации стали чума, малярия, холера, дифтерия, менингит, тепловые удары, инфекционная и амебная дизентерия, ревматизм, пневмония, тифозная лихорадка и сердечно-сосудистые заболевания.<sup>5</sup>

#### Категории заболевших в Советской армии (%)<sup>6</sup>

Категория заболеваний	Война в Афганистане, 1980-1988 гг.	Великая Отечественная война, 1941-1945 гг.
Инфекционные заболевания	56,50%	35,27%
Недостаток витаминов и расстройство органов пищеварения	0,09%	4,98%
Раковые заболевания и опухоли	0,26%	0,41%
Нервные расстройства и психологические травмы	2,21%	4,58%
Глазные болезни	0,93%	2,34%
Болезни уха, горла и носа	0,97%	1,61%
Болезни легких (из них пневмония)	4,10% (1,30%)	7,93% (3,72%)
Сердечно-сосудистые заболевания	1,80%	6,46%
Заболевания пищеварительной системы	3,90%	13,88%
Урологические заболевания	1,30%	3,11%
Болезни кровеносной системы	0,02%	0,12%
Заболевания опорно-двигательного аппарата	2,10%	1,39%
Дерматологические заболевания	9,90%	7,67%
Отравления	0,13%	0,63%
Бытовой травматизм	15,10%	8,62%
Другие болезни	0,60%	1,00%
<b>Итого</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Вышеприведенная таблица показывает на значительное увеличение количество госпитализаций по причине инфекционных заболеваний и бытового травматизма – это результат ведения боевых действий в непривычных климатических условиях при наличии новых разновидностей болезней, а также результат повышенной механизации Советской Армии. Также налицо рост числа заболеваний опорно-двигательного аппарата и дерматологических болезней. Снижение частоты других видов заболеваний вызвано скорее всего тем, что советские солдаты в Афганистане в подавляющем большинстве были молодыми призывниками, в то время как в Великой Отечественной Войне Советская армия комплектовалась солдатами среднего возраста.

Несмотря на огромные усилия советских медицинских профилактических групп, госпиталей, и служб по очистке воды, полностью поставить под контроль распространение инфекционных заболеваний не удавалось никогда. Основными причинами высокого уровня заболеваний среди советских военнослужащих, были: недостаток чистой питьевой воды, недостаточное внимание к вопросам гигиены в полевых условиях (традиционная проблема Советской Армии, частично вызванная отсутствием профессионального корпуса сержантов), низкий уровень гигиены поваров, недостаточная борьба с паразитами и крысами, неполноценное питание. Отдельно стоит упомянуть снабжение солдат нижним бельем и военной формой.

В следующей таблице показано количество инфекционных заболеваний по их видам.

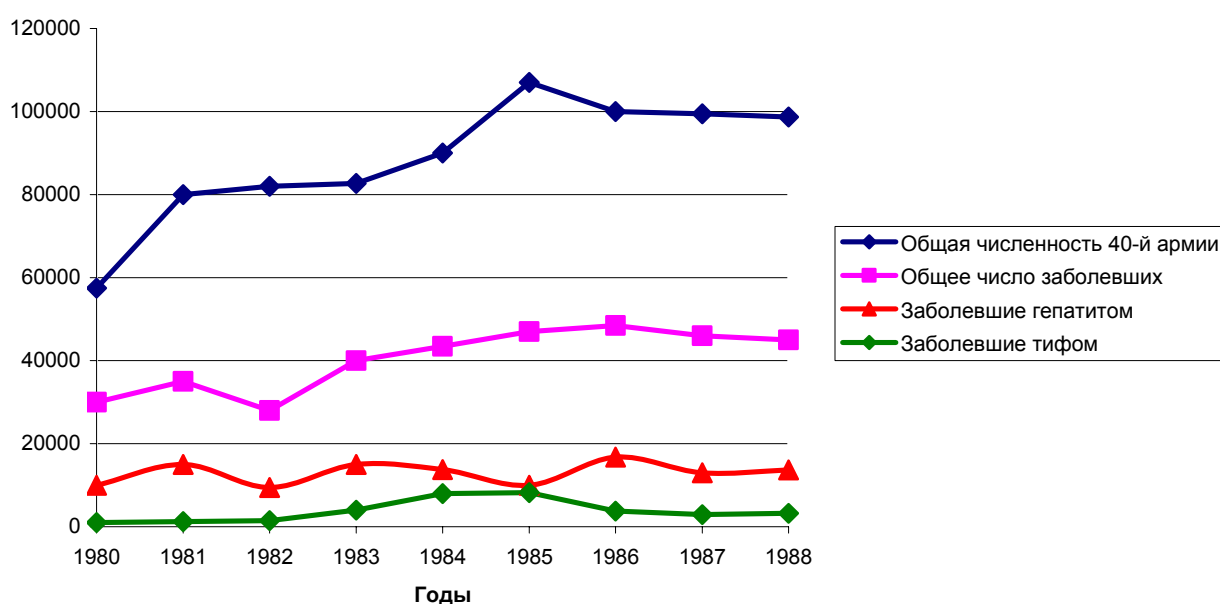
<sup>5</sup> В.С. Перепелкин, В.Ф. Корольков, В.Ф. Колков, В.А. Мандрык и П.Н. Огарков. Уроки борьбы с кишечными инфекциями в период войны в Афганистане. Военно-медицинский журнал, июль 1991 г., стр. 27-31.

<sup>6</sup> В.Т. Ивашкин. Опыт организации медицинской помощи больным 40-й армии в Афганистане, Военно-медицинский журнал, ноябрь 1992, стр. 13.

Соотношение заболевших инфекционными заболеваниями по годам (%)<sup>7</sup>

Вид заболевания	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Тиф	1,8	2,3	5,9	13,5	18,5	16,9	7,8	7,5	10,6
Инфекционная дизентерия	11,4	6,1	13,1	14,1	20,8	21,1	15,3	13,7	12,9
Вирусный гепатит	46,1	50,1	40,9	47,4	34,8	28,2	42,5	36,0	50,5
Амебная дизентерия	—	—	—	0,1	1,3	3,1	6,5	10,2	6,1
Тонзиллит	4,9	4,1	5,2	2,6	2,6	4,0	6,1	3,7	3,2
ОРЗ	30,6	30,2	29,0	18,0	14,3	16,2	14,5	14,0	10,9
Малярия	0,8	0,9	2,7	3,2	4,2	6,6	4,7	4,2	2,7
Другие заболевания	4,4	6,3	3,2	1,1	3,5	3,9	2,6	10,7	3,1

Потери 40-й армии по болезням



40-я Армия составляла основу советского военного контингента в Афганистане. Кроме нее, в Афганистане находились силы МВД и КГБ СССР, группы советников в афганской армии и гражданские специалисты.<sup>8</sup> Вышеприведенная диаграмма показывает, что на протяжении всего периода пребывания 40-й армии в Афганистане, более четверти личного состава было постоянно небоеспособно по причине болезней. В октябре-декабре 1981 года, вся 5-я мотострелковая дивизия стала небоеспособной, когда более 3-х тысяч человек (более четверти всего личного состава) одновременно заболело гепатитом. Среди заболевших были командир дивизии, большинство

<sup>7</sup> Перепелкин, стр. 28. В этой таблице пропущена тифозная лихорадка. Согласно официальным данным, количество больных тифозной лихорадкой составляло 7,47% от общего числа заболевших. Возможно, эта цифра вошла в другие категории.

<sup>8</sup> Задачами КГБ СССР в Афганистане были разведка, контрразведка, надзор над исправительными учреждениями и пограничная охрана. Ему также подчинялись некоторые полевые части. Кроме того, КГБ поддерживал свой афганский аналог ХАД и создавал посты пограничной охраны вдоль афганских границ. Задачами МВД СССР была охрана тюрем, борьба с беспорядками и обеспечение охраны тыловых учреждений во время боевых действий. Советники из МВД также руководили силами МВД Афганистана – Царандою.

офицеров штаба, и двое из четырех командиров полков.<sup>9</sup> Каждый год треть личного состава 40-й армии страдала от той или иной формы инфекционных заболеваний.<sup>10</sup>

## Гепатит

К заболеванию гепатитом приводят вирусы, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Использование вакцин может предохранить от заболевания гепатитом-Б, поэтому солдаты, отправлявшиеся в Афганистан, получали такую прививку. Вакцин против гепатита-А и других видов гепатита не существует (вакцина против гепатита-А была разработана совсем недавно – *прим. переводчика*). Гепатит-А был наиболее распространенной формой этого заболевания среди советских солдат в Афганистане (95% заболевших, оставшиеся 5% составляли заболевшие иными формами гепатита).<sup>11</sup> Вирусный гепатит передается фекально-оральным путем, обычно в результате низкого уровня гигиены и употребления зараженной питьевой воды. Инкубационный период этого заболевания в Афганистане составлял обычно 37 дней, выздоровление занимало 6-8 недель.

Срок боевой службы составлял 18 месяцев для призывников и два года для офицеров. Солдаты первого года службы заболевали гепатитом-А в 2,5 раза больше, чем солдаты второго года службы. Самое большое количество заболеваний гепатитом выпадало на осень и зиму. Эпидемиологический анализ показал, что от 31 до 74% случаев заражения инфекционным гепатитом было зафиксировано в пунктах постоянной дислокации, от 13 до 45% случаев было зафиксировано в полевых условиях, от 8 до 15% случаев было зафиксировано на сторожевых заставах и постах и от 5 до 14% случаев было зафиксировано при проводке и сопровождении колонн. Этот анализ удивляет, так как можно ожидать, что лучшая профилактика и санитария должна соблюдаться в пунктах дислокации. Вместо этого, больше всего случаев заболевания гепатитом было зафиксировано там, где меньше всего можно ожидать.

## Заболевания органов дыхания

Воспаление легких и бронхит являлись серьезными проблемами 40-й Армии, особенно на протяжении первых четырех лет войны. Ниже приведенная таблица показывает процент различных видов заболеваний органов дыхания на протяжении 1982-84 гг.<sup>12</sup>

**Процентное соотношение заболевших заболеваниями органов дыхания по типам**

Заболевание	Рядовые и сержанты			Офицеры		
	1982	1983	1984	1982	1983	1984
Острые пневмонии	52,0	57,0	65,1	39,0	52,0	47,8
Острые бронхиты	30,0	24,0	25,8	41,0	22,0	34,0
Хронические бронхиты	5,4	3,5	3,0	8,1	12,0	11,2
Хронические пневмонии	2,0	0,5	0,1	—	1,0	0,7
Острые респираторные инфекции	10,6	15,0	6,0	11,9	13,0	6,3
<b>Всего</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Военнослужащие болели воспалением легких на протяжении всего года, но основная масса заболеваний (а также наиболее тяжелые и инфекционные случаи) приходилась на осень и зиму (65% заболевших против 35%, приходившихся на весну и лето). Приблизительно 10% случаев заболеваний, диагностированных на начальном этапе как острые респираторные заболевания, на самом деле являлись случаями тифозной лихорадки.

<sup>9</sup> Б.В. Громов. Ограниченный контингент. М.: Издательство Прогресс, 1994 г., стр. 275. На графике показаны только заболевшие гепатитом, поэтому общего количества больных, составляющих четверть всех сил 40-й армии, не видно. 5-я мсд, составляющая примерно одну треть всех сил 40-й армии, обеспечила годовой объем больных гепатитом в течение двух месяцев. Это данные официальной статистики, которая округляется в меньшую сторону.

<sup>10</sup> Е.А. Нечаев. Медицинская реабилитация участников войн и локальных вооруженных конфликтов. Военно-медицинский журнал, февраль 1994 г., стр. 5.

<sup>11</sup> Перепелкин, стр. 29.

<sup>12</sup> В.В. Закурдаев. Характер патологии органов дыхания у военнослужащих в условиях Афганистана. Военно-медицинский журнал, июнь 1992 г., стр. 39.

**Сравнение заболевших пневмонией по видам болезни (%)<sup>13</sup>**

Симптомы	В Афганистане	Среднее значение по ВС
Микоплазменная пневмония (солдаты/сержанты)	89/75	86,6/75
Крупозная пневмония (солдаты/сержанты)	11/25	6,0/5,6

Таблица показывает, что советские солдаты в Афганистане чаще заболевали микоплазменной пневмонией и гораздо чаще болели крупозной пневмонией, чем в остальных частях Советской армии. Средние значения во всем Вооруженным силам в сумме не дают 100%, однако никаких объяснений не приводится. Значительная разница между количеством заболевших солдат и сержантов – это миф, так как все они были одного возраста и находились в одних и тех же условиях.

**Сравнение заболевших пневмонией по срокам службы (%)<sup>14</sup>**

Время инфицирования	В Афганистане	Среднее значение по ВС
Первый год службы	82,0	80,1
Второй год службы	18,0	19,9
Первый месяц службы	17,1	29,1
Первые три месяца службы	43,9	44,1
Первые шесть месяцев службы	70,7	59,3
Первые 6-12 месяцев службы	29,3	20,9

Большинство солдат перед отправкой в Афганистан проходило шестимесячную подготовку. В дальнейшем часть военнослужащих прибывало в Афганистан после годичной службы во внутренних военных округах или Группам войск в Европе или Монголии. Таким образом, сравнение времени службы военнослужащих, заболевших пневмонией в Афганистане, и остальных солдат кажется неверным. Кроме того, данные по заболевшим в Афганистане в течение первых шести месяцев и первых 6-12 месяцев службы уже составляют почти 100%, в то время как к аналогичным данным по Вооруженным силам необходимо добавить количество заболевших в течение второго года службы, чтобы получить почти те же 100%. Это еще раз свидетельствует о том, что приводимые данные неверны.

**Сравнение заболевших пневмонией по срокам госпитализации (%)<sup>15</sup>**

Время	В Афганистане	Среднее значение по ВС
Госпитализация на 1-2 дня	42,0	40,9
Госпитализация на 3-4 дня	24,0	36,6
Госпитализация на 5-7 дней	22,0	15,3
Госпитализация на 8-10 дней	4,0	4,3
Госпитализация свыше 10 дней	8,0	2,9

**Сравнение заболевших пневмонией по осложнениям болезни (%)<sup>16</sup>**

Осложнения	В Афганистане	Среднее значение по ВС
Легкая степень	22,0	48,0
Средняя степень	50,0	39,3
Тяжелая степень	28,0	12,2

<sup>13</sup> В.В. Закурдаев. Характер патологии органов дыхания у военнослужащих в условиях Афганистана. Военно-медицинский журнал, июнь 1992 г., стр. 39.

<sup>14</sup> Там же.

<sup>15</sup> Там же.

<sup>16</sup> Там же.

Очень тяжелая степень	30,0	16,7
Осложнения, плевральная инфузия, ухудшение состояния	14,0	4,2
Предсмертное состояние, бред	65,8	15,0

Общее количество заболевших пневмонией, указанных в таблице, почти в два раза превышает 100%. Скорее всего, это связано с двойным учетом заболевших из-за осложнений и развития болезни.

Статистика показала, что 6% военнослужащих, заболевших пневмонией в Афганистане, также имели заболевания пищеварительной системы, и 30% военнослужащих имели вес тела на 10-15% ниже нормального. Вероятность тяжелого или смертельного исхода болезни в Афганистане была вдвое выше, чем в среднем по Вооруженным Силам. Количество заболевших бронхиальной пневмонией в Афганистане также вдвое превышала средний уровень в Вооруженным силам в целом.<sup>17</sup>

Врачи затруднялись с постановкой диагноза, так как лабораторные результаты и симптомы заболевания сильно отличались от обычных. Это приводило к задержке начала правильного лечения, и возвращения военнослужащего в строй. Нижеприведенная таблица показывает широкий спектр симптомов пневмонии.<sup>18</sup>

**Сравнение симптомов пневмонии (%)**

Симптомы	В Афганистане	Среднее значение по ВС
Общая слабость	92	100
Головная боль	54	97
Бессонница	22	87
Жажда, сухость во рту	26	98
Озноб	44	84
Потеря аппетита	30	99
Боли в мышцах и суставах	16	48
Головокружение	38	92
Бледность	26	97
Воспаление верхних дыхательных путей	52	97
Кашель	96	94
Судороги (свыше 25 раз/мин)	32	12
Прерывистое дыхание	42	67
Хрипы в горле	38/70	46\5
Тахикардия (свыше 100 уд/мин)	22	66
Низкое артериальное давление	24	72
Слабый пульс	8	85
Гиперрезонанс	8	19
Боли в желудке	8	57
Распухание языка/затрудненное глотание	34/2	100/100
Понос/диарея	4/6	68/55
Гепатомегалия	20	95
Спленомегалия	4	67

<sup>17</sup> В.В. Закурдаев. Характер патологии органов дыхания у военнослужащих в условиях Афганистана. Военно-медицинский журнал, июнь 1992 г., стр. 39.

<sup>18</sup> Там же, стр. 40.

## Сделаны ли выводы?

В Афганистане многие боевые части были разбросаны по небольшим заставам и постам, где горячая пища и чистая вода отсутствовала. Первоначально, советские солдаты на удаленных постах питались сухими пайками.<sup>19</sup> Недостаток регулярного, сбалансированного питания снижал сопротивляемость организма заболеваниям. Накопление пустых банок из-под сухих пайков и другого мусора создавало условия для распространения крыс и болезней. В дальнейшем были предприняты попытки снабжения солдат горячей пищей и чаем на завтрак и обед, однако изолированные части все также завтракали сухим пайком. Для доставки горячей еды к некоторым подразделениям были разработаны контейнеры, сбрасываемые на парашютах.

Однако горячая еда создавала свои проблемы, поскольку повара были одним из основных источников инфекции. Вши, кишечные патогены, плохая личная гигиена и слабый надзор со стороны офицеров были характерны как для поваров, так и для основного состава Советских вооруженных сил. Командование вынуждено было ввести ежемесячные медицинские проверки поваров. Результаты лабораторных анализов приведены ниже:<sup>20</sup>

**Результаты лабораторных анализов наличия патогенных бактерий у поваров (%)**

Бактерии	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Инфекционная дизентерия	0,2	0,3	3,7	3,1	3,1	3,3	5,3	5,2	4,5
Тиф/паратиф	---	0,1	1,4	3,7	2,8	2,7	3,1	3,0	1,2
Кишечные инфекционные заболевания (сальмонеллез и пр.)	---	---	0,2	0,2	0,3	0,7	1,2	4,1	2,1

Эти результаты шокируют. Нескольких больных поваров достаточно для того, чтобы держать госпитали заполненными, и советское командование никогда не было способно обеспечить чистое и безопасное приготовление пищи.

Уровень физической подготовки и акклиматизация очень важны для профилактики заболеваний. В более поздние годы, большинство солдат до отправки в Афганистан проходило шестимесячную подготовку по ведению боевых действий в условиях горно-пустынной местности. Основное внимание во время подготовки уделялось полевым навыкам, оказанию первой помощи и полевой гигиене. Тем не менее, физическая подготовка не смогла полностью подготовить солдат к суровым реалиям Афганистана. Средний вес боевой выкладки одного военнослужащего в Афганистане составлял 32 кг. Несмотря на усиленную программу физической подготовки, солдаты не были способны к длительному ношению такого веса в высокогорных условиях. В конце войны в Советской армии было разработано специальное легкое полевое снаряжение, но оно не поступало в войска в достаточном количестве. Военнослужащие быстро теряли физическую форму, и их ослабленные организмы не могли эффективно сопротивляться болезням.

Крысы, вши и комары были постоянной проблемой. Мусор вовремя не убирался и не утилизировался должным образом. Свалки мусора зачастую находились прямо на территории воинских частей. Застоявшаяся вода не менялась или не обрабатывалась. Солдаты обрабатывались препаратом ДДТ, но так как одежда и постельное белье редко стиралось или менялось, вши были постоянным спутником жизни в 40-й Армии. Тиф и малярия были результатом недостаточного контроля за переносчиками инфекционных заболеваний.

Вода в Афганистане имела высокое бактериологическое содержание. Несмотря на предупреждения и подготовку, советские военнослужащие зачастую употребляли необработанную воду. Часто это было результатом неспособности системы снабжения доставить чистую питьевую воду в отдаленные районы. Иногда солдаты пили необработанную воду из-за неприятного вкуса обработанной воды, или из-за привычки пить воду из разных источников без видимых побочных эффектов. Необработанная вода часто содержала возбудителей тифа и дизентерии.

Военнослужащие стали получать кипяченую воду, обработанную пантоцидом. В столовых были установлены установки по очистке воды и цистерны для ее хранения. В крупных гарнизонах были построены насосные станции с установками хлорирования.<sup>21</sup> Несмотря на эти усилия, командование не смогло полностью обеспечить создание запасов чистой воды и снабжение ею всех частей и подразделений, а также проследить за соблюдением войсками правил водопотребления.

Элементарная полевая гигиена оставалась проблемой советских войск на протяжении всей войны. Несмотря на создание полевых туалетов и установку туалетных кабин в гарнизонах, солдаты

<sup>19</sup> Сухой паек был аналогичен старому пайку типа «С» Армии США. Существовало три типа пайков. Первый включал в себя мясные консервы, несколько галет или сухарей, джем и пакет с чаем. Второй состоял из двух мясных консервов с кашей. Третий состоял из мясной консервы и консервы с овощами или фруктами.

<sup>20</sup> Перепелкин, стр. 30.

<sup>21</sup> И. Конюшев и А. Гриб. Опыт, который ничему не учит. Армейский сборник, №2, август 1994 г., стр. 36.

зачастую не использовали их и справляли нужду рядом с жилыми помещениями и столовыми. После этого многие не мыли руки. Войска, находясь в пункте дислокации, мылись раз в неделю, однако редко когда удавалось помыться, находясь в поле. В результате появлялись гепатит, дизентерия и другие болезни.

Советская медицинская служба недооценила масштабы медицинской помощи, необходимой для 40-й Армии. Медицинская служба была хорошо подготовлена для помощи раненым, но не смогла эффективно работать с большим количеством больных солдат. Для освобождения переполненных госпиталей, военнослужащие отправлялись на лечение в военные госпитали в Советском Союзе и странах Варшавского Договора. В Баграме также был создан инфекционный госпиталь и реабилитационный центр для лечения и реабилитации больных. Баграмский реабилитационный центр состоял из управления, восьми рот, медицинского пункта и подразделения снабжения. Каждая рота включала в себя шесть офицеров и шесть прапорщиков для руководства программой реабилитации и контроля за пациентами. Реабилитационная программа включала медицинские процедуры, двухчасовой отдых после обеда, пятиразовое питание, физическую терапию, витаминную программу и психотерапию. Пациенты выписывались после полного выздоровления.<sup>22</sup> Несмотря на такие усилия, советская медицинская служба была перегружена больными.

После войны, Советская, и затем Российская армия изучала операцию войск США «Буря в Пустыне» в Персидском Заливе. Среди мероприятий по предотвращению инфекционных заболеваний, которые произвели впечатление на российских военных, было снабжение каждого военнослужащего 80-ю литрами воды в день, широкое использование бутилированной воды, установок для разогрева пищи на американских танках и боевых машинах, сухие пайки быстрого приготовления MRE, «пустынный» шоколад, который не тает при температуре +65°C и специальное полевое обмундирование и снаряжение.<sup>23</sup>

В 1994 году российские военные врачи предложили следующие рекомендации по медико-санитарному обеспечению при ведении боевых действий в сложных условиях и регионах:<sup>24</sup>

- Прогнозирование уровня заболеваемости с учетом факторов окружающей среды, влияющих на военнослужащих, с последующей координацией тылового, инженерного и медицинского обеспечения для решения данных проблем;
- Заблаговременное прививание личного состава до начала боевых действий, обучение нормам полевой гигиены;
- Заблаговременная разведка источников воды и ее лабораторный анализ;
- Контроль и защита источников воды;
- Создание системы доставки чистой воды на отдаленные посты и организация ее хранения на постах;
- Повторная очистка воды из местных систем центрального водоснабжения;
- Раздача боевым подразделениям и отдельным солдатам фильтров и таблеток для очистки воды;
- Создание резерва бутилированной воды;
- Заранее спланированная поставка установок по очистке воды, например фильтров и кипятильников;
- Организация хранения запасов чистой воды для рейдовых групп, боевых подразделений, сторожевых застав и постов;
- Обучение солдат правилам очистки воды и использованию водоочистного оборудования;
- Планирование и проведение мероприятий по защите окружающей среды, контроль над использованием полевых туалетов и своевременной уборкой мусора, обеспечение регулярной помывки личного состава и постоянной дезинфекции туалетов и мусорных баков;
- Постоянное обеспечение войск горячей пищей и недопущение ее замены сухими пайками или консервами на продолжительный период;
- Снабжение батальонов и рот достаточным количеством контейнеров-термосов для сохранения горячей пищи до момента ее употребления;
- Прием личным составом витаминных препаратов сразу после получения приказа на участие в боевых действиях;
- Установка в каждой столовой специального оборудования, способного производить 20 литров воды (включая 16 литров горячей воды) на человека в сутки;
- Создание условий для мойки столовых приборов;
- Контроль за приготовлением пищи для того, чтобы военнослужащие всегда получали полный рацион;<sup>25</sup>

<sup>22</sup> Е.В. Немытин и В.В. Болдырев. Организация реабилитации инфекционных больных при многократной перегрузке госпиталей. Военно-медицинский журнал, апрель-май 1992 г., стр. 38-39.

<sup>23</sup> Там же, стр. 38.

<sup>24</sup> Там же, стр. 39.



- Регулярная выдача чистого нижнего и постельного белья;
- Постройка бани для каждого батальона, отдельной роты или взвода;
- Обеспечение регулярного посещения бани для всего личного состава;
- Регулярная проверка на наличие паразитов и при необходимости дезинфекция;
- Обязательная дезинфекция помещения и местности в срок не более трех часов после обнаружения случая инфекционного заболевания;
- Немедленная изоляция заболевших военнослужащих и их госпитализация в течение 24-х часов;
- Заблаговременное создание запасов иммуноглобина, вакцин, антитоксинов, и антибиотиков для защиты военнослужащих перед, во время, и после боевых действий.

## Выводы

Советские Вооруженные силы никогда не уделяли особого внимания чистоте. Полевые туалеты, которые откапывались, использовались редко. Солдаты справляли нужду вблизи столовых и мест отдыха. Хлеб разгружался прямо на землю и хранился там до момента использования. Солдаты редко мыли руки и плохо мыли столовые приборы. Мусор, остатки еды разносились вокруг мест стоянки. Баня и чистое обмундирование в полевых условиях были редкой случайностью. Гарнизонная жизнь редко подвергалась улучшению.

В мирное время на территории Европейской части СССР эти проблемы не являлись критическими. Военнослужащие обладали природным иммунитетом ко многим местным болезням, командование не уделяло этому аспекту внимания. Призыв обеспечивал постоянный приток личного состава, солдат обходился дешево. В Афганистане, однако, каждый солдат был на счету. 40-я Армия расплачивалась за годы упущений и недоработок в области подготовки к полевым условиям и полевой гигиены. Советский контингент также не был обеспечен на нужном уровне в материальном отношении. Недостаточный контроль за инфекционными заболеваниями значительно сокращал количество боеготового личного состава. Боевые подразделения часто имели лишь треть боевых сил, необходимого по штату. Из-за болезни и других проблем не были редкостью батальоны, состоявшие из двух рот, и полки двухбатальонного состава.

Отчасти проблема контроля инфекционных заболеваний была вызвана отсутствием профессионального сержантского состава. Сержанты в Советской армии являлись призывниками, прошедшими специальный 6-месячный курс. Они не обладали моральной или реальной властью над рядовым составом. Задачи поддержания дисциплины, обеспечения порядка и должного уровня подготовки возлагались на командира взвода – лейтенанта. Он персонально должен был следить за отсутствием вшей, мытьем рук, употреблением чистой воды, утилизацией мусора, правильным приготовлением пищи, подготовкой и использованием полевых туалетов. Кроме того, он отвечал за боевую подготовку личного состава, обслуживание техники и ведение боевых действий. Без надежных сержантов, лейтенант не мог исполнить все эти обязанности должным образом, и отсутствие приемлемой полевой гигиены было одним из следствий.

Советская Армия получила тяжелый опыт в Афганистане, свидетельствующий о необходимости рационального питания, физической подготовки, наличия чистой воды, полевой гигиены, контроля за заражением вшами и соответствующего медицинского обеспечения. Тем не менее, ни Советская Армия, ни ее наследница – Российская Армия – не прислушались к урокам Афганистана. В 1988 году Советские войска были посланы для оказания помощи жертвам землетрясения в Армении. Низкий уровень питания, невнимание к полевой гигиене, недостаток чистого обмундирования привело к массовым заболеваниям и необходимости спасать многих спасателей. В 1989 году, парашютно-десантный полк из Костромы, мотострелковый полк из Ахалкалаки и десантно-штурмовая бригада из Кутаиси были направлены в Тбилиси для борьбы с массовыми беспорядками. Войска не были обеспечены всем необходимым для ведения продолжительных операций.<sup>25</sup> В 1992 году, российская 14-я Армия вела боевые действия в районе Тирасполя в Молдавии. Только непродолжительность боевых действий предотвратила эпидемию заболеваний, вызванную недостатком чистой воды для питья и приготовления еды. В 1992 году, российская 201-я мотострелковая дивизия заняла оборону на границе Афганистана и Таджикистана для защиты независимой республики от вылазок моджахедов. В спешке командование снова не обеспечило надлежащих условий для приготовления и принятия пищи в полевых условиях, и не обеспечило чистой водой для питья и мытья. В

<sup>25</sup> Воровство и перепродажа продуктов питания в Русской и Советской армии имеет длинную историю.

<sup>26</sup> Солдатам Советской (и Русской) Армии выдавалось три комплекта нижнего белья. Теоретически, солдаты носили один комплект, второй находился на вещевом складе полка, и третий – в дивизионной прачечной. Нижнее белье должно было меняться один раз в неделю, но из-за недостаточного его количества, потерь, и перебоев в снабжении, солдаты зачастую носили один комплект белья на протяжении нескольких месяцев. Ситуация с военной формой была не намного лучше. Солдатам выдавался один комплект полевой формы и одна пара обуви на шесть месяцев. После стирки, солдатам приходилось ходить в мокрой форме.

результате вирусный гепатит, кишечные инфекции, и малярия серьезно подорвали боеспособность 201-й мсд, и заполнили госпитали целыми отделениями и расчетами орудий.<sup>27</sup> Первоначальные сообщения о боевых действиях в Чечне показывают, что болезни снова являются фактором, серьезно ограничивающим численность боеспособных войск.

За последнее время Армия США накопила большой опыт в профилактике болезней и обеспечении полевой санитарии и гигиены. Однако, так как внешняя политика США предусматривает участие в многонациональных силах, вероятность участия в совместных действиях с армиями, чье эпидемиологическое обеспечение находится на уровне Советской армии, резко возрастает. Поэтому медицинская служба Армии США должна быть готова обеспечить надлежащий уровень полевой санитарии и гигиены во всех многонациональных силах. Это означает, что американские военные медики должны быть способны успешно противостоять не единичным фактам возникновения болезней, а целым эпидемиям.

---

<sup>27</sup> Конюшев, стр. 36-37.