

# Помощь раненым в противопартизанской войне: опыт Советской/Российской армии в Афганистане и Чечне

Лестер Грау, Уильям Иоргенсен  
Центр изучения иностранного военного опыта, Форт Ливенурт, Канзас.

---

Статья была опубликована в журнале  
*U.S. Army Medical Department Journal* за январь-февраль 1998 г.

---

## Введение

Советский Союз вторгся в Афганистан в канун Рождества 1979 года<sup>1</sup> с целью укрепить слабое и колеблющееся коммунистическое правительство, которое быстро теряло контроль над ситуацией. Советское руководство не ожидало серьезного сопротивления и, по-видимому, не предполагало оставаться в стране свыше трех лет. Война затянулась на девять лет, один месяц и восемнадцать дней. На всем ее протяжении с болезнями и ранениями сражались советские военные медики. Во время войны, они значительно усовершенствовали способы и методы медицинского и хирургического обеспечения. В дальнейшем, на более позднем этапе войны, они спасли множество жизней, которые могли быть потеряны ранее. Большая часть этого опыта была использована в чеченском конфликте. Этот опыт может быть использован другими армиями при ведении боевых действий на трудно-пересеченной местности или в городе.

## Потери советских войск

Из 620000 человек, проходивших службу в Афганистане, 14453 человека были убиты или умерли вследствие ранений, несчастных случаев или болезней, что составило 2,33% от общего числа проходивших службу. Еще 53753 человека (или 8,67%) были ранены или заболели.<sup>2</sup> В начале войны, число советских военнослужащих, получивших пулевые ранения, было более чем в два раза выше, чем количество военнослужащих, получивших осколочные ранения, однако в конце войны число последних превышало число получивших пулевые ранения в 2,5 раза. За время войны число комбинированных ранений увеличилось в четыре раза, а число серьезных и критических ранений возросло в два раза. Основной причиной этого стали мины. За время войны количество ранений от мин увеличилось на 25-30%.<sup>3</sup> Эта динамика показана в таблице 1.

Таблица 1. Вид и степень ранений от вражеского огня и минно-взрывных средств, %<sup>4</sup>

Вид ранений	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Пулевые	62,2	54,7	50,4	46,0	34,1	36,6	31,8	26,5	28,1
Осколочные	37,2	45,3	49,6	54,0	65,9	63,4	68,2	73,5	71,9
Комбинированные	16,0	21,1	29,5	47,6	65,4	72,8	68,8	65,8	59,4
Серьезные (критические)	23,1	27,7	31,1	47,1	52,4	51,4	50,2	50,1	45,2

В начале войны моджахеды имели на вооружении винтовки и незначительное количество минометов и мин. По мере развития конфликта, партизаны захватили или получили значительное количество такого оружия, что привело к изменению вида и характера ранений. Развитие способов медицинской эвакуации в Советской армии на протяжении войны позволило спасти жизнь большинства тяжелораненых. Это отражено в таблице 2, где приведена статистика по погибшим и раненым в 40-й армии по годам.

---

<sup>1</sup> Имеется ввиду католическое Рождество, отмечаемое 25 декабря. — прим. переводчика.

<sup>2</sup> Г.Ф. Кривошеев. Гриф секретности снят, М.: Воениздат, 1993 — 401-405 стр. Авторы благодарят Роберта Лоува, FMSO, за помощь в переводе специальных медицинских терминов и сержанта первого класса Мартина Веселека за помощь в подготовке рисунка 1.

<sup>3</sup> Е.А. Нечаев, А.К. Тутохель, А.И. Грицанов и И.Д. Косачев. «Медицинское обеспечение 40-й армии: цифры и факты», Военно-медицинский журнал, август 1991 г. — 4 стр.

<sup>4</sup> Там же, б.

**Таблица 2.** Потери 40-й армии в Афганистане, 1979-1989 гг.<sup>5</sup>

Год	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Погибшие	86	1484	1298	1948	1446	2343	1868	1333	1215	759	53
Раненные	—	3813	3898	6024	4219	7786	8356	7823	5008	3663	144

Как видно из таблицы, соотношение убитых и раненых на протяжении войны изменилось от примерно 1:3 до 1:5, со средним значением 1:3,6. Российские специалисты отмечают, что соотношение убитых и раненых в американской армии во время войны во Вьетнаме составляло 1:5.<sup>6</sup> Несмотря на рост числа комбинированных ранений, большинство раненых оставалось в живых. Этому способствовали, по-видимому, изменения в способах и порядке оказания медицинской помощи.

Распределение ранений также зависело от улучшения качества вооружения партизан. В таблице 3 приведены данные о распределении ранений в процентах в первый и последний годы войны. Данные в таблице неполные, в источнике приводятся цифры по ранениям в верхние конечности 25,4%, нижние конечности 37,9%, и ранениям в грудь и живот 1,7% без указания их динамики на протяжении войны. Из таблицы виден рост числа ранений, вызванных минами, и снижение числа ранений в грудь, живот и таз. Такое снижение было вызвано, вероятно, ношением бронежилетов и поступлением в войска в ограниченном количестве их усовершенствованных вариантов.

**Таблица 3.** Распределение ранений (в процентах) в различные периоды конфликта.<sup>7</sup>

Распределение ранений	1980	1988
Черепно-мозговые	4,9	8,5
Позвоночник и спинной мозг	0,1	0,9
Лицо и челюсти	1,4	1,9
Глаза	1,3	3,2
Ухо, горло, нос	1,8	3,4
Грудь	11,6	6,3
Живот и таз	7,8	4,6

В таблице 4 приводятся данные о распределении ранений в Великой Отечественной войне, в войне во Вьетнаме, Афганистане и Чечне. Различия в данных связаны с различными условиями местности, уровнем подготовки личного состава и видами и наличием средств индивидуальной защиты.

**Таблица 4.** Распределение ранений (в процентах) в различных войнах.<sup>8</sup>

Распределение ранений	Великая отечественная война (СССР)	Вьетнам (США)	Афганистан (СССР)	Чечня, 1995 г. (Россия)
Голова и шея	19	21	15,7	24,4
Грудь	9	5	12,2	8,6
Живот	5	18	7,1	2,3
Таз	—	—	3,8	1,6
Руки	30	20	26,3	27,3
Ноги	37	36	34,9	35,8

<sup>5</sup> Александр Ляховский. «Трагедия и доблесть Афгана», М.: Искона, 1995 г. Приложение 14. В таблице указано общее число погибших 13833 чел, вместо 14453 чел, указанных ранее в статье. Это связано с тем, что в таблице указаны потери только 40-й армии — основной боевой силы в Афганистане. КГБ потерял убитыми 572 чел, МВД — 28 убитых, другие министерства и ведомства — 20 человек (Кривошеев, 402). Меньшие потери в 1979 и 1989 годах связаны с тем, что вторжение началось 25 декабря 1979 года, а вывод войск закончился 15 февраля 1989 года. В оригинале в таблице не указано число раненых за 1979 год. Число раненых по 40-й армии составляет 50734 человека. Это число включает в себя боевые и небоевые ранения, увечья и травмы.

<sup>6</sup> П.Г. Брюсов, В.И. Хрупкин. «Современная огнестрельная травма», Военно-медицинский журнал, февраль 1996 г. — 26 стр. Источник данных по американской армии не указан.

<sup>7</sup> Е.А. Нечаев, А.К. Тутохель, А.И. Грицанов и И.Д. Косачев, 4.

<sup>8</sup> П.Г. Брюсов, В.И. Хрупкин 26. Источник данных по ранениям во Вьетнаме не указан.

Медицинская практика в условиях трудно-пересеченной местности и в экстремальных климатических условиях Афганистана стала настоящим вызовом для советских военных медиков. Проблемы усугублялись сухим климатом, высокой температурой и отсутствием чистой воды. Число госпитализированных с серьезными заболеваниями составило 67,09% от всего личного состава войск в Афганистане.<sup>9</sup> Солдаты погибали от солнечных ударов. Вертолеты не всегда могли подняться на высоту, на которой сражались войска. Высоко в горах необходимо было эвакуировать даже легкораненых, потому что их ранения могли стать тяжелыми. Тяжелораненые высоко в горах обычно погибали. Поскольку вертолеты не могли забраться высоко в горы, раненых необходимо было выносить вниз в места, где они могли приземлиться. Поскольку группе, выносящей раненого, была необходима защита, бывали случаи, когда для эвакуации одного человека привлекалось 13-15 военнослужащих.<sup>10</sup> В состав засадных групп и патрулей, действовавших в горах, часто входили врачи.<sup>11</sup>

### Медицинское обеспечение

По штату, медицинские подразделения входят в состав боевых подразделений на уровне роты и выше. В роте находятся фельдшер и его помощник. В медицинском пункте батальона находятся помощник врача или врач, призываемый на военную службу, в задачу которых входит оказание первой медицинской помощи и эвакуация раненых. Полковой медицинский пункт имеет в своем составе медицинский взвод, в котором есть два-три врача, стоматолог, два фельдшера, техник, фармацевт, медсестры, повар, радиотелефонист, санитары и водители. Такой пункт действует как перевязочный пункт, в котором оказывается экстренная хирургическая помощь, переливание крови, оказание помощи легкораненым и эвакуация в медицинский батальон дивизии.<sup>12</sup>

Основным подразделением по оказанию медицинской помощи является медицинский батальон дивизии. Батальон может развернуться в полевой госпиталь, который способен обработать до 400 раненых в сутки, и оказать хирургическую помощь 60-ти из них. В батальоне имеется три хирурга, терапевт, врач по лечению внутренних болезней, эпидемиолог и токсиколог. Советская система медицинского обеспечения создана с целью оказания помощи раненым и больным на самом низком возможном уровне и эвакуации тяжелораненых в места оказания квалифицированной помощи через несколько этапов.<sup>13</sup>

В Афганистане было развернуто три мотострелковые дивизии (5-я, 108-я и 201-я) и воздушно-десантная дивизия (103-я). Каждая из них имела медицинский батальон. Также было развернуто две отдельные мотострелковые бригады (66-я и 70-я), отдельная десантно-штурмовая бригада (56-я), два отдельных мотострелковых полка (191-й и 860-й), отдельный парашютно-десантный полк (345-й), в каждой из этих частей находилась медицинская рота.<sup>14</sup> Кроме того, было развернуто восемь госпиталей в самом Афганистане, и два госпиталя вблизи советско-афганской границы. В Кабуле находились 650-й центральный военный госпиталь на 500 мест и инфекционный госпиталь также на 500 мест. Второй 500-местный инфекционный госпиталь был расположен в Баграме, еще один инфекционный госпиталь на 150 мест дислоцировался в Кундузе. В Джалалабаде находился инфекционный госпиталь для особо опасных больных на 200 мест, в Пули-Хумри располагался полевой госпиталь на 200 мест, к югу от Кандагара — полевой госпиталь на 175 мест, 300-местный госпиталь в Шиндан-де обслуживал западный коридор.<sup>15</sup>

Такое количество госпиталей было оправдано. Советские медики обнаружили, что уровень раненых, требующих интенсивного лечения, оказался значительно выше предполагаемого, так как значительное количество раненых выживало в связи с быстрой эвакуацией в ближайший госпиталь. В таблице 5 приведены данные о проценте раненых, требующих интенсивного лечения по видам ранений.

<sup>9</sup> Лестер Грау и Уильям Иоргенсен. «Медицинское обеспечение в противопартизанских войнах: Эпидемиологическое обеспечение боевых действий в Советско-афганской войне», *Army Medical Department Journal*, май-июнь 1998 г. — стр. 41-49.

<sup>10</sup> Борис Громов. «Ограниченный контингент», М.: Прогресс, 1994 г. — 185-186 стр.

<sup>11</sup> Лестер Грау. *Медведь перешел горы: Тактика советских войск в Афганистане*, Вашингтон: NDU Press, 1996 г. — 194 стр. В американской армии в состав засадных групп и патрулей выделяют медиков (фельдшеров), но не врачей. Практика, принятая в Советской армии, возможно отражает более слабую подготовку фельдшеров и необходимость оказания неотложной квалифицированной помощи в случае, когда быстрая эвакуация невозможна.

<sup>12</sup> Исследовательский центр по изучению Советской армии, *Устойчивость Советской армии в бою*, Гаага: технический центр SHAPE, сентябрь 1986г. — стр. 286-296.

<sup>13</sup> Полевой устав FM100-2-2, *Специальные боевые действия и защита тыловых районов Советской армии*, Вашингтон: USGPO, 1984 г, пункты 13-20 и 13-21.

<sup>14</sup> Советские оперативные карты из коллекции Лестера Грау.

<sup>15</sup> В.Д. Кувшинский. «Техническое обслуживание и ремонт медицинской техники в ходе военных действий», *Военно-медицинский журнал*, апрель-май 1992 г. — 44 стр.

Цифры показывают, что несмотря на то, что в течение войны процент осколочных ранений возрастал, интенсивного лечения также требовали пулевые ранения.

**Таблица 5:** Процент раненых, поступивших в медицинские учреждения 40-й армии и требующих интенсивного лечения, по годам и видам ранений<sup>16</sup>

Ранения	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	Итого
Пулевые	29,2	26,2	33,9	39,9	39,9	38,9	43,9	29,1	51,5	36,3
Другие травмы	43,2	38,6	26,3	21,4	21,4	14,3	18,0	13,0	14,0	17,9
Ожоги	41,3	30,8	66,6	37,4	37,4	32,2	40,4	66,6	52,5	42,6
Всего раненых	33,1	29,4	34,7	36,7	36,7	31,9	36,9	24,2	38,7	32,3

Значительное число раненых требовало неотложной медицинской помощи. В таблице 6 приведены открытые данные о количестве раненых, поступивших в медицинские органы для неотложной помощи, с осложнениями, требовавшими анестезии и реанимации.

**Таблица 6:** Процент раненых, имевших осложнения, требовавших интенсивной терапии и неотложной помощи, по видам осложнений и медицинским органам<sup>17</sup>

Осложнения	Медицинские роты или батальоны	Гарнизонные военные госпитали	Центральный военный госпиталь
Шок	46,7	40,3	13,6
Потеря крови	18,1	16,9	8,3
Расстройства и ранения центральной нервной системы	10,1	8,5	6,9
Нагноение ран	4,6	6,2	19,6
Анаэробная инфекция	0,6	0,8	1,1
Эмболия	1,4	1,2	0,7
Асфиксия	1,7	1,5	0,8
Отказ нескольких органов	—	3,2	7,5
Посттравматические осложнения	16,8	21,4	41,5

### Медицинская эвакуация

Война в Афганистане была нетрадиционной, поэтому порядок и способы эвакуации раненых изменялись для соответствия условиям противопартизанской войны. Применялась эвакуация наземным способом, однако чаще всего для этих целей использовались вертолеты. Полковые медицинские пункты часто не задействовались, раненые из медицинских пунктов батальонов эвакуировались непосредственно в полевые госпитали дивизий или в один из армейских госпиталей. На протяжении войны, количество раненых, которым оказывалась помощь на полковых или бригадных медицинских пунктах, уменьшилась с 18% до 2,5%.<sup>18</sup> Во время крупных наступательных операций советских войск, 90% раненых немедленно эвакуировались вертолетами (74% в 1981 году, 94,4% в 1987). В 1980 году, 48% раненых было эвакуировано в полевые госпитали дивизий или армейский госпиталь в течение трех часов после ранения. К 1987 году эта цифра возросла до 53,1%. В 1980 году, еще 33% раненых было доставлено в полевые госпитали дивизий или армейский госпиталь в пределах 3-12 часов после ранения. К 1987 году эта цифра возросла до 41,9%. В 1980 году на доставку 19% раненых в полевые госпитали дивизий или армейский госпиталь потребовалось свыше 12 часов. К 1987 году эта цифра снизилась до 5%.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> А.И. Левшанков, Б.С. Ударов, Ю.С. Полушин и В.Н. Богомолов. «Оказание реаниматологической помощи раненым в Афганистане», Военно-медицинский журнал, апрель-май 1992 г. — 23 стр.

<sup>17</sup> Там же, 24.

<sup>18</sup> И.М. Чиж и Н.И. Макаров. «Опыт медицинского обеспечения локальных войн и проблемы эвакуации раненых и больных по воздуху», Военно-медицинский журнал, январь 1993 г. — 23 стр.

<sup>19</sup> Е.А. Нечаев, А.К. Тутохель, А.И. Грицанов и И.Д. Косачев, 4.

До Афганистана, в Советской армии предполагалось эвакуировать большую часть больных и раненых наземным способом. Однако наземная эвакуация в Афганистане затруднялась горным характером местности, неразвитостью дорожной сети, большой вероятностью засад вдоль немногочисленных дорог, и большими расстояниями между районами дислокации полков и медицинскими органами. На протяжении 1980-1988 гг. 68% раненых были эвакуированы по воздуху (рис. 1).

Во время боевых действий свыше 25000 раненых были эвакуированы вертолетами, и свыше 152000 раненых и больных было перевезено по воздуху во время различных этапов оказания медицинской помощи.<sup>20</sup> Специально для эвакуации раненых был разработан вертолет Ми-8МБ «Бисектор»<sup>21</sup>, однако из-за ограниченного количества таких вертолетов для перевозки раненых в госпитали часто привлекались боевые и транспортные вертолеты. Для перевозки раненых внутри Афганистана и в Советский Союз использовался легкий турбовинтовой транспортный самолет Ан-26М «Спасатель»<sup>22</sup>. Для перевозки раненых в Советский Союз использовался средний турбовинтовой транспортный самолет Ил-18 «Санитар»<sup>23</sup> (рис. 1)<sup>24</sup>. Внутри СССР пострадавшие перевозились тяжелым реактивным транспортным самолетом Ил-76МД «Скальпель»<sup>25</sup> или широкофюзеляжным пассажирским лайнером Ту-154. Эти самолеты дооборудовались для установки носилок и оказания медицинской помощи в полете.

Во время первой половины войны, раненые эвакуировались в Советский Союз из нескольких полевых госпиталей в Афганистане, однако во второй половине войны эвакуация практически всех раненых производилась из 650-го центрального госпиталя в Кабуле. На протяжении 1980-1988 годов авиация перевезла между госпиталями в Афганистане около 40000 пострадавших (42,1% раненых и 57,9% больных). Еще 78000 пострадавших (из них 26% раненых) для дальнейшего лечения было перевезено в 340-й окружной военной госпиталь в Ташкент, ТуркВО. Свыше 40% раненых проходили лечение и реабилитацию в Советском Союзе. Некоторым из них требовалась специализированная хирургическая помощь и протезирование. Эти раненые лечились в специализированных военных госпиталях в европейской части СССР. Вплоть до 1987 года все они проходили через ташкентский госпиталь. Начиная с 1987 года, они направлялись в специализированные медицинские учреждения прямо из Кабула. Всего было свыше 9000 таких специализированных раненых, 90% из которых нуждались в специализированной хирургической помощи.<sup>26</sup>

Тяжелораненые эвакуировались для дальнейшего лечения из Кабула в СССР, в зависимости от сложности и характера ранений. В кабульском госпитале 96,8% раненых с ранениями глаз, 78,6% раненых с ранениями в шею и позвоночник, и 74,9% раненых с черепно-мозговыми травмами, находились перед эвакуацией до трех суток. 22% раненых в живот и 14,3% раненых в область таза эвакуировались в Советский Союз в тот же день, как они получили ранения, оставшиеся ждали от пяти до семи дней. Одна треть раненых в живот эвакуировалась в течение 24 часов после ранения, оставшиеся ждали эвакуации до 10 дней. 46% раненых со сквозными ранениями груди эвакуировались в течение трех дней. Во время эвакуации 25% пострадавших нуждались в интенсивной терапии, еще 20% требовали периодической терапии. В 1987 году, когда раненые на Ил-76 направлялись из Кабула прямо в госпитали в европейской части страны, 9% тяжелораненых поступали в госпитали в течение пяти дней с момента ранения, а 32% поступали в госпитали в течение десяти дней. До этого, их количество составляло соответственно 1% и 5,4%.<sup>27</sup>

При организации эвакуации по воздуху был выявлен ряд проблем. В вертолетах Ми-8МБ было недостаточно места, он был оснащен устаревшим советским медицинским оборудованием, в отличие от современного западного. В зоне военных действий не доставало медицинских вертолетов, поэтому большинство раненых эвакуировалось первым попавшимся транспортом или боевыми вертолетами без стабилизации состояния раненых. Экипажи медицинских вертолетов не находились в постоянной готовности и нуждались в дополнительной подготовке. Аэродромы не были оснащены необходимыми убирающимися лестницами для быстрой погрузки и выгрузки носилок.<sup>28</sup>

---

<sup>20</sup> И.М. Чиж и Н.И. Макаров, 22.

<sup>21</sup> Обозначение Ми-8 по классификации НАТО — HIP.

<sup>22</sup> Обозначение Ан-26 по классификации НАТО — CURL.

<sup>23</sup> Обозначение Ил-18 по классификации НАТО — COOT.

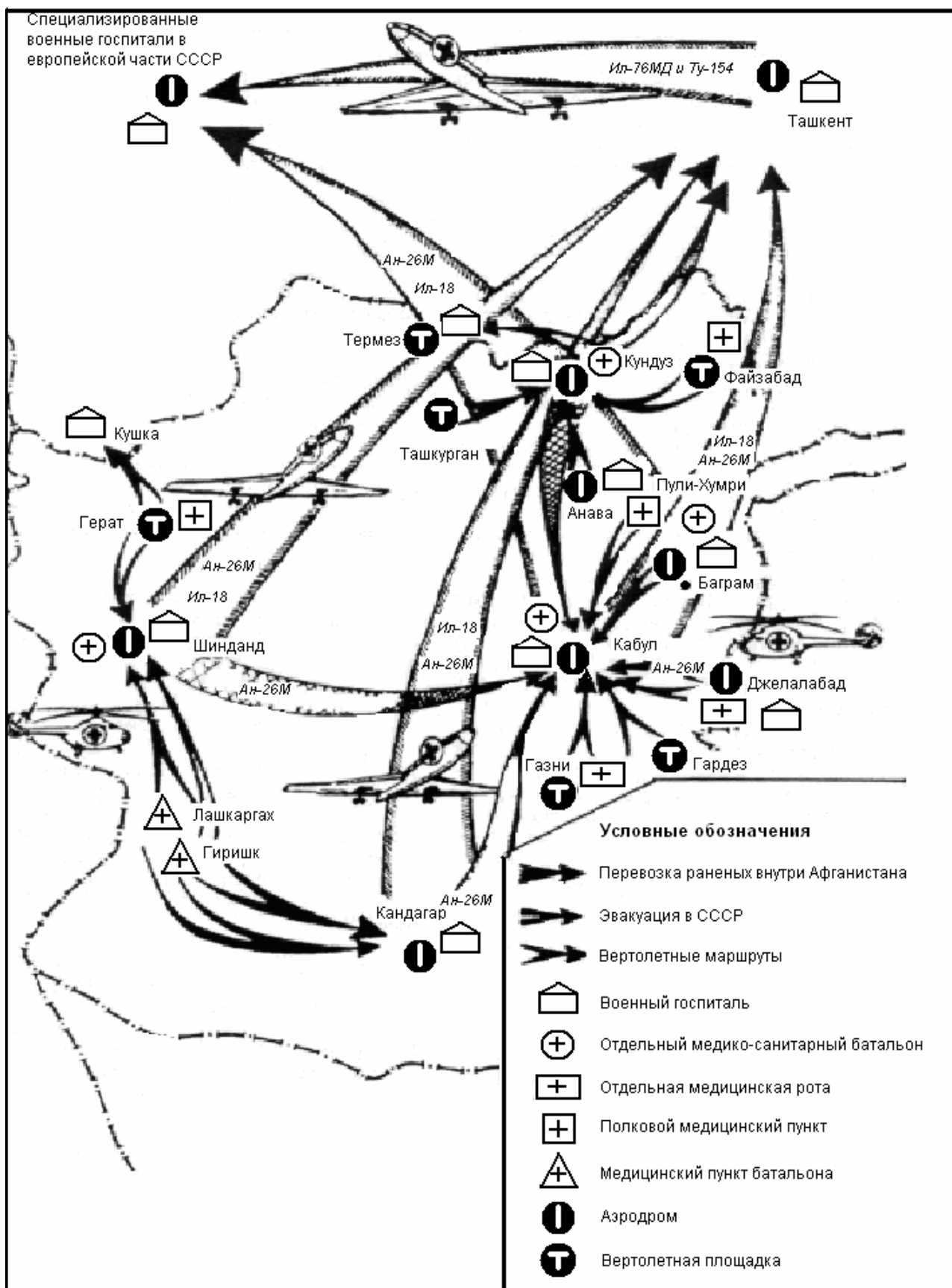
<sup>24</sup> Рис. 1 взят из Е.А. Нечаев, А.К. Туохель, А.И. Грицанов и И.Д. Косачев, 5.

<sup>25</sup> Обозначение Ил-76 по классификации НАТО — CANDID.

<sup>26</sup> И.М. Чиж и Н.И. Макаров, 23.

<sup>27</sup> Там же.

<sup>28</sup> Там же.



**Рис 1.** Организация эвакуации раненных и больных во время войны в Афганистане<sup>29</sup>

Значение эвакуации по воздуху демонстрируют результаты изучения 318 тел умерших от ран, проведенного в морге Центрального госпиталя Туркестанского военного округа. Оказалось, что 37,4%

<sup>29</sup> «Медицинское обеспечение 40-й армии: цифры и факты», Военно-медицинский журнал, август 1991 г., — стр. 5.

погибших были эвакуированы транспортными, боевыми или медицинскими вертолетами, 35,6% были эвакуированы на БМП, БТР или БРДМ, 11,6% — эвакуационными машинами, 8,2% — грузовыми автомобилями и 2,8% — самолетами.<sup>30</sup> Гораздо более высокий процент умерших был эвакуирован наземным транспортом. Большая часть этих раненых, вероятно, могла бы выжить, если бы была эвакуирована вертолетами.

### Специальные хирургические отряды

Для обеспечения планируемых боевых операций организовывались специальные хирургические отряды. Личный состав таких отрядов формировался из персонала центрального военного госпиталя и медицинских подразделений, не привлекаемых к планируемой операции. Такие отряды, которые придавались медицинским батальонам, расположенным в зоне предстоящих боевых действий, обычно возглавлялись одним из старших офицеров медицинской службы 40-й армии. В состав отряда обычно входили три хирурга, нейрохирург, травматолог, кардиохирург, три анестезиолога, пять медицинских сестер-анестезиологов, две хирургические сестры, пять ассистентов хирургов и специалисты по переливанию крови. Старший офицер медицинской службы делил усиленный медицинский батальон на группу приема и сортировки раненых и специальный хирургический отряд, который оказывал всю необходимую хирургическую помощь.<sup>31</sup>

Во время работы такого отряда, 90% раненых получали первую помощь в течение 30 минут после ранения, а затем 88,3% из них эвакуировались в усиленный медицинский батальон. Такое медицинское обеспечение снизило время, прошедшее с момента ранения до момента оказания квалифицированной, специализированной медицинской помощи, поэтому 31% раненых оказывались на операционном столе в течение часа, 38,7% — в течение 2-х часов, 13% — в течение 3-х часов, 5,7% — в течение 4-х часов, и оставшиеся 4% — в течение 6-ти часов. Таким образом, 92,4% раненых поступали в операционную в течение шести часов с момента ранения.<sup>32</sup> Общая советская статистика свидетельствует, что 98% раненых получали первую помощь в течение 30 минут, 90% получали врачебную помощь в течение 6-ти часов, и 88% оперировались в течение 12 часов с момента ранения.<sup>33</sup> (Цифра 98% выглядит очень оптимистично, поскольку одной из самых больших проблем во время и после боя являлся поиск раненых. Кроме того, качество оказываемой первой и доврачебной помощи не всегда было хорошим. Аутопсия показала, что 10% смертельных исходов явились следствием ошибок в оказании доврачебной помощи, при этом 10,6% из них являлись следствием неправильного оказания первой помощи).<sup>34</sup> Хирургические отряды и усиленные медицинские подразделения сокращали время оказания хирургической помощи наполовину.

Реанимация и противошоковые мероприятия начинались сразу же еще на этапе сортировки раненых. Использовалось рентгеновское и лабораторное оборудование. В зависимости от места и сложности ранения, раненые на сортировке перевязывались, выводились из шока или отправлялись в специализированную операционную. Раненые направлялись в операционную в зависимости от характера и сложности ранений. В 70% случаев операции проводились под общей анестезией. Анализ ранений, с которыми столкнулся один из таких отрядов во время обеспечения войсковой операции, показал следующее: ранения головы — 9,7%; ранения в грудь — 3,7%; ранения в живот — 4,5%; ранения в верхние конечности — 19,4%; ранения в нижние конечности — 36,2%. Комбинированные ранения составляли 26,5% от их общего числа, из которых комбинированные ранения в грудь и живот составили 3,6%, комбинированные ранения в грудь, живот и голову составили 6,7%; и комбинированные ранения конечностей и внутренних органов составили 16,2% (эти цифры, возможно, отражают большое число раненых от мин). Оказание помощи при комбинированных ранениях зависело от того, какое ранение представляло собой наибольшую угрозу жизни раненого, как правило, это были ранения в голову и живот.<sup>35</sup>

Приближение медицинских подразделений к боевым частям экономит время и спасает жизни. Уже в течение двух лет использования таких отрядов количество смертельных исходов среди раненых удалось сократить с 4,3% до 2%.<sup>36</sup>

<sup>30</sup> М.А. Величко. «Недостатки в оказании медицинской помощи раненым в догоспитальном периоде: патологоанатомические аспекты», Военно-медицинский журнал, апрель-май 1992 г. — 42 стр. Оставшиеся 4,4% не учтены.

<sup>31</sup> Ю.В. Немытин. «О специализированной медицинской помощи раненым в условиях Афганистана», Военно-медицинский журнал, январь 1991 г. — 17 стр.

<sup>32</sup> Там же.

<sup>33</sup> Е.А. Нечаев, А.К. Тутохель, А.И. Грицанов и И.Д. Косачев, 4.

<sup>34</sup> М.А. Величко, 40-41. Цифры могут касаться первой помощи, оказываемой боевыми товарищами на месте боя. Возможно, они отражают уровень подготовки солдат по оказанию первой помощи в Советской Армии на тот момент.

<sup>35</sup> Там же.

<sup>36</sup> Там же, 18.

## Боевые действия в Чечне

Начало чеченской войны оказалось для российских войск на удивление плохим. Пожалуй, единственной частью вооруженных сил, действовавших хорошо, оказались медицинские подразделения. За три недели до входа войск в Чечню, в каждом военном округе было сформирован и подготовлен медицинский отряд специального назначения. Четыре таких отряда были развернуты в Чечне для обеспечения боевых действий.<sup>37</sup>

Первоначально, боевые действия в Чечне отличались от действий в Афганистане, поскольку первые два месяца были потрачены на захват столицы республики, города Грозный. Таким образом, боевые части были сконцентрированы для ведения уличных боев, в отличие от Афганистана, где они были разбросаны по всей стране. В таких условиях оказалось, что привычная схема эвакуации раненых наземным транспортом, разработанная для традиционных боевых действий, является самым быстрым и безопасным способом эвакуации. В состав каждой роты был дополнительно введен фельдшер, а каждый батальон имел в своем составе врача и отделение эвакуации. В состав полковых медицинских пунктов входили хирурги, анестезиологи и дополнительные медсестры.<sup>38</sup> Раненые обычно эвакуировались на полковой медпункт на бронетехнике (БТР-80). Раненые, требующие более сложной медицинской помощи, эвакуировались медицинскими вертолетами и самолетами.<sup>39</sup> Эвакуация по воздуху использовалась не так интенсивно как в Афганистане, особенно после того, как чеченцы сбили несколько медицинских вертолетов.

Бой в городе дает значительный разброс в характере ранений. Статистика Красного Креста для локальных конфликтов дает следующее распределение: 23% ранений от мин, 26% пулевых ранений, 46% осколочных ранений, 2% ожогов и 3% остальных. Однако в боях за Грозный был повышенный процент ожогов, большая часть раненых получили ранения от минометных мин. Большая часть погибших и умерших от ран, получили ранения в голову и грудь в результате снайперского огня (особенно среди гражданского населения, не носившего бронежилеты или шлемы). Несмотря на то, что обычное соотношение убитых и раненых составляет 1:3, в городских боях в Грозном оно было обратным, т.е. на одного раненого приходилось трое убитых. Снайперы также осложняли эвакуацию и часто раненые не могли быть эвакуированы до наступления темноты.<sup>40</sup>

## Заключение

Советские и российские военные медики, при изучении опыта оказания помощи раненым и медицинской эвакуации в Афганистане, обращают внимание на следующие моменты:

- Как только партизаны стали лучше вооружены, изменилась пропорция между пулевыми и осколочными ранениями, при этом мины стали наиболее серьезной угрозой для войск.
- Мины и осколки дают множественные и сложные ранения, которые гораздо сложнее в лечении.
- Шок и потеря крови представляли собой наибольшую проблему при оказании помощи раненым.
- В условиях противопартизанской войны медицинская эвакуация по воздуху является предпочтительным способом эвакуации. В условиях подобной войны расстояния от войск до медицинских органов увеличивается, маршруты эвакуации являются объектом засад, а характер местности замедляет скорость эвакуации наземным способом.
- Подготовка к медицинской эвакуации по воздуху должна вестись еще в мирное время. Необходимо больше хорошо оснащенных медицинских вертолетов на базе Ми-8. В каждом военном округе в качестве средства медицинской эвакуации необходимо иметь легкие турбовинтовые транспортные самолеты Ан-72 с укороченным взлетом и посадкой.<sup>41</sup> Для медицинской авиации и ее экипажей необходимо разработать специальный штат, чтобы они были готовы действовать при первой необходимости.<sup>42</sup>
- В условиях противопартизанской войны медицинские роты полков и бригад необходимо вывести из процесса медицинской эвакуации. Раненые должны эвакуироваться с поля боя прямо в госпитали без промежуточных этапов, кроме медицинских пунктов батальо-

<sup>37</sup> Н.Н. Новичков, В.Я. Снеговский, А.Г. Соколов, и В.Ю. Шварев. Российские вооруженные силы в Чеченском конфликте: анализ, итоги, выводы, М.: Хольвег-Инфоглоб-Тривола, 1995 г. — 131 стр.

<sup>38</sup> Там же, 132.

<sup>39</sup> Там же, 134.

<sup>40</sup> Там же, 133.

<sup>41</sup> Обозначение Ан-72 по классификации НАТО — COALER.

<sup>42</sup> И.М. Чиж и Н.И. Макаров, 24.



нов, где осуществляется остановка кровотечения, противошоковая терапия и координация процесса эвакуации по воздуху.<sup>43</sup> Предположительно, медицинские роты должны заниматься больными, что также является значительной проблемой в условиях противопартизанской войны.

- Специальные хирургические отряды необходимо разворачивать еще до начала каких-либо значительных боевых операций, при этом они должны располагаться как можно ближе к боевым частям.

Предварительные выводы, сделанные российскими специалистами по итогам чеченского конфликта, заключаются в следующем:

- Медицинские пункты должны располагаться как можно ближе к боевым подразделениям, чтобы обеспечить быстрое оказание медицинской помощи.
- В условиях, когда подразделения сконцентрированы на тесном пространстве, наилучшим способом эвакуации раненых является эвакуация бронированными медицинскими машинами.
- Боевые подразделения требуют медицинского усиления, как внутри подразделений, так и за счет приданных медицинских средств.
- Для городских боев характерны ожоги, осколочные ранения и ранения от снайперов. Снайперы дают высокий процент ранений в голову и шею.
- Медицинские подразделения, оказывающие поддержку боевым частям, требуют охранения и инженерного обеспечения. По возможности, весь госпиталь должен размещаться под землей в фундаментах зданий и соединяться траншеями.

С точки зрения авторов, в советских подразделениях необходимо было улучшить оказание первой помощи и первой доврачебной помощи в полевых условиях. Состояние раненых необходимо было стабилизировать еще до эвакуации. Эвакуация по воздуху должна была проводиться специализированными медицинскими вертолетами с медицинским персоналом на борту.

Порядок эвакуации и подготовка к работе медицинских подразделений будут различными в зависимости от характера боевых действий, местности и климатических условий. В Боснии, раненые и пострадавшие российские солдаты получали помощь в американских медицинских учреждениях. В будущем, участие российских и американских подразделений в крупномасштабных операциях, потребует от медицинских органов работы на упреждение. Несмотря на схожесть американской и российской систем медицинской эвакуации, существуют значительные различия между двумя системами медицинского обеспечения, оправдывающие развертывание медицинских средств с обеих сторон и позволяющие каждой стороне оказывать помощь своим собственным раненым. Это доказывается снова и снова, даже внутри Вооруженных сил США, где раненые из сухопутных войск, ВВС и ВМС проходят лечение в медицинских учреждениях других видов Вооруженных сил.

---

<sup>43</sup> Там же.