

УДК [355.21:355.291.6]:355.01(581)

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОТЕРЬ СРЕДИ ЛИЧНОГО СОСТАВА
НА ПРИМЕРЕ ВОЙНЫ В АФГАНИСТАНЕ 1979–1989 гг.**

Герасимчик А. Г.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одним из наиболее значимых эпизодов в нашей истории является война в Афганистане. Опыт крупномасштабных боевых действий представляет особый интерес в том числе с точки зрения организации медицинского обеспечения боевых действий. Ключевым аспектом при планировании медицинского обеспечения войска является расчет и прогнозирование санитарных и безвозвратных потерь, исходя из которых планируется определенный объем и перечень мероприятий. С целью более точного прогноза изучается и анализируется опыт, полученный в предыдущих войнах, в том числе Афганский.

Материалы методы исследования

Обзор литературных источников.

Результаты исследования и их обсуждение

Боевые действия в любом конфликте сопровождаются некоторым количеством санитарных потерь, которые требуют значительных усилий в организации им медицинской помощи, с целью скорейшего восстановления их боеспособности и возвращения в строй. Однако, как показывает практика, далеко не всегда эти потери связаны непосредственно с ведением боевых действий. Таким образом, в структуре санитарных потерь выделяется дополнительно подгруппа небоевых санитарных потерь. Величина ее и соотношение с подгруппой боевых санитарных потерь варьирует в широком диапазоне и зависит от множества различных факторов, таких как продолжительность кампании, размеры привлекаемых контингентов, географические условия, наличие очагов эндемических инфекций, а также уровень развития и технического оснащения противоборствующих сторон [3]. Так данные приведенные в таблице 1, показывают, что краткосрочные и ожесточенные конфликты известные как Сражение у реки Халхин-Гол и Советско-финская война имеют значительное преобладание боевых санитарных потерь над небоевыми. Тем не менее в ходе последнего конфликта количество небоевых санитарных потерь выросло, чему в немалой степени способствовали географические условия и, отчасти, дезорганизация тылового обеспечения. В то же время во время Гражданской войны 1918–1922 гг. боевые санитарные потери явились лишь малой частью от общей численности санитарных потерь. От объясняется достаточно большой продолжительностью вооруженного противостояния, падением уровня организации войск, в том числе тылового обеспечения, а также более низким уровнем развития и технического оснащения военно-медицинских частей и подразделений.

Оценивая структуру санитарных потерь войны в Афганистане с этой позиции нельзя не отметить значительное преобладание небоевых санитарных потерь над боевыми. Такое соотношение можно объяснить сразу комплексом факторов. В первую очередь играет роль напряженность конфликта. Значительное превосходство Советской Армии над разрозненными группами партизан в численности, обученности и организации привело к низкому уровню интенсивности боевых действий. Кроме этого группировки, противостоящие советским войскам, имели гораздо меньше тяжелого вооружения и практически отсутствовавшую военную технику, что значительно сказалось на возможностях огневого поражения противника. Во вторую очередь сказался комплекс факторов,

благоприятствовавших распространению инфекционных заболеваний среди войск, таких как: жаркий засушливый климат, широкое распространение природных источников инфекции, в особенности передающихся энтеральным, а также трансмиссивным путями (таблица 3). Данный комплекс факторов привел к росту количеству заболевших при относительно небольшом количестве раненых.

Таблица 1 — Структура санитарных потерь в некоторых войнах, боевых действиях и военных конфликтах [1]

Войны, боевые действия и военные конфликты	Боевые санитарные потери, %	Небоевые санитарные потери, %	Отношение «боевые / небоевые»
Гражданская война (май 1918 г. – октябрь 1922 г.)	7,6	87,5	1 : 11,4
Сражение у р. Халхин-Гол (июнь – сентябрь 1939 г.)	60,7	8,7	6,8 : 1
Советско-финляндская Война (ноябрь 1939 г. – март 1940 г.)	50,5	20,4	2,4 : 1
Великая Отечественная война (июнь 1941 г. – 1945 г.)	46,3	23,6	1,9 : 1
Локальная война в Афганистане (декабрь 1979 г. – февраль 1989 г.)	11,2	86,2	1 : 7,8
Осетино-ингушский конфликт (октябрь 1992 г. – декабрь 1994 г.)	62,2	37,8	1,6 : 1

Таблица 2 — Инфекционная заболеваемость среди небоевых санитарных потерь [1].

Показатель	Годы								
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
Доля инфекционных болезней в структуре общей заболеваемости, %	53,3	68,4	62,9	68,7	68,0	63,0	61,6	67,6	67,8

Как видно из таблицы 2 инфекционные больные составляли большинство от общего числа, и их доля составляла в разные годы от 53,3 до 68,7 %.

Также необходимо отметить основные нозологические единицы, приводившие к массовой заболеваемости в войсках. Безусловными лидерами в данном случае являются острые вирусные гепатиты различных типов и амебиаз. В совокупности с другими кишечными инфекциями они составили подавляющее большинство случаев. При этом нельзя не отметить, что в ряде регионов боевые действия велись в высокогорных районах, при отрицательных температурах, что обусловило рост числа заболеваний верхних дыхательных путей, а также в ряде случаев приводило к обморожениям.

Таблица 3 — Доля различных инфекционных заболеваний в разные периоды [1].

Нозологические формы	Максимальная доля в структуре инфекционной заболеваемости в различные периоды
Острые вирусные гепатиты	50,5 %
Тифо-паратифозные заболевания	18,5 %
Шигеллезы и др. ОКИ	21,1 %
Амебиаз	50,5 %
Малярия	6,6 %
Другие инфекционные и паразитарные болезни	10,7 %
Грипп и другие ОРЗ	30,6 %
Ангины	6,1 %

Стоит также отметить, что при общем числе военнослужащих, принявших участие в боевых действиях в Афганистане свыше 620 тыс. человек, санитарные потери составили 469 685 человек, из которых на долю заболевших при-

шло 415 932 военнослужащих (в том числе инфекционными заболеваниями 287 053). И только усилия медицинской службы позволили вернуть в строй 455 071 военнослужащего от всех раненых и больных что составило 96,88 % [2].

Выводы

Подводя итоги всему вышесказанному становится очевидным необходимость тщательного и рационального планирования медицинского обеспечения войск при проведении любой операции. Как показано на примере войны в Афганистане особенности театра военных действий, такие как географические и климатические параметры, наличие и особенности эндемических очагов инфекционных заболеваний и многие другие способны приводить к значительным потерям среди личного состава, чем подрывают готовность частей и подразделений выполнять задачи по предназначению. Предварительный анализ условий выполнения медицинской службой задач по медицинскому обеспечению позволяет заблаговременно создать условия для недопущения небоевых санитарных потерь. Проведение анализа количества и структуры санитарных потерь, а также результата усилий по их предупреждению позволяет лучше понять влияние исходных факторов на войска и организовывать медицинское обеспечение на более высоком уровне. С этой точки зрения опыт войны в Афганистане является бесценным за счет масштабности привлекаемых сил и средств, а также выраженных особенностей местности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Теоретические и методические основы военной эпидемиологии. [Электронный ресурс] / Государственный медицинский университет г. Семей / Цикл лекций. Семей, 2009. Режим доступа : <https://present5.com/gosudarstvennyj-medicinskij-universitet-g-semej-lekciya-6>. Дата доступа : 16.05.2022.
2. Черный тюльпан: Книга Памяти. Афганистан (1979–1989) / В. В. Павлов [и др.]; под общ. ред. В. В. Павлова. Екатеринбург: Банк культурной информации, 2000. 350 с.
3. Калоев, А. Д. Система медицинского обеспечения в локальных войнах / А. Д. Калоев, О. В. Лобозова // Никто не забыт, ничто не забыто: роль СССР во Второй мировой войне : матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Ростов н/Д, 2020. С. 271–279.

УДК 616-084

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ РАЗЛИЧНОГО СОСТАВА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ ЧЕЛОВЕКА К ИНФОРМАЦИОННОМУ СТРЕССУ

**Ерошенко А. Ю.¹, Степанов В. А.², Багдасарьян А. С.³,
Иванцов В. А.¹, Танова А. А.¹, Скокова В. Ю.¹**

**¹Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
²Федеральное государственное казенное учреждение
«1602 военный клинический госпиталь»
Министерства обороны Российской Федерации
г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация,
³Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кубанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Краснодар, Российская Федерация**

Введение

К важным аспектам труда представителей опасных профессий (операторы сложных эргатических систем, военнослужащие, спасатели и др.) относится крайне высокий риск формирования у них так называемого «информационного