

# **ВОЕННАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

**Под редакцией  
А. А. Горохова и А. М. Шелепова**

**Санкт-Петербург  
СпецЛит**

# ВОЕННАЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

*Учебное пособие*

Под редакцией  
А. А. Горохова и А. М. Шелепова

*Рекомендован Ученым советом ВМедА им. С. М. Кирова в качестве  
учебного пособия для курсантов, студентов и клинических  
ординаторов, обучающихся по специальностям:*

*14.00.04 «Оториноларингология», 14.00.21 «Стоматология»,  
14.00.28 «Нейрохирургия», 14.00.08 «Офтальмология»,  
14.00.13 «Неврология»*

Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2014

УДК 616.21: [378+355.232] (072)

В63

А в т о р ы:

*Горохов Андрей Александрович* — доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ВМедА им. С. М. Кирова, заслуженный врач РФ;

*Янов Юрий Константинович* — доктор медицинских наук, член-корреспондент РАМН, директор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи, заслуженный врач РФ;

*Шелепов Анатолий Михайлович* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой организации и тактики медицинской службы ВМедА им. С. М. Кирова, заслуженный деятель науки РФ;

*Дворянгиков Владимир Владимирович* — доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры оториноларингологии ВМедА им. С. М. Кирова, заслуженный врач РФ;

*Миронов Василий Геннадьевич* — кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии ВМедА им. С. М. Кирова

Р е ц е н з е н т ы:

*Дискаленко Виталий Васильевич* — доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, заслуженный врач РФ;

*Савченко Игорь Федорович* — доктор медицинских наук, профессор кафедры организации и тактики медицинской службы ВМедА им. С. М. Кирова

**Военная оториноларингология** : учебное пособие / под ред. В63 А. А. Горохова, А. М. Шелепова. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2014. — 271 с. : ил.

ISBN 978-5-299-00609-4

В учебном пособии на основе многолетнего опыта авторов и данных специальной литературы с учетом работы медицинской службы в локальных войнах последнего времени детально изложены современные представления об организации медицинской помощи и лечении пострадавших с повреждениями ЛОР-органов как в мирное, так и в военное время.

Книга предназначена для студентов, курсантов и слушателей военно-медицинских учебных заведений и военных кафедр медицинских вузов, врачей-оториноларингологов медучреждений Министерства обороны и военкоматов, смежных специалистов: челюстно-лицевых хирургов, офтальмологов, нейрохирургов.

УДК 616.21: [378+355.232] (072)

ISBN 978-5-299-00609-4

© ООО «Издательство „СпецЛит“», 2013

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Условные сокращения .....	5
Предисловие .....	7
Введение .....	8
<b>Глава 1. Медицинское обеспечение лор-раненых и больных в русской, советской и некоторых иностранных армиях (краткий исторический очерк) .....</b>	<b>10</b>
<b>Глава 2. Организация отоларингологической помощи в Вооруженных силах Российской Федерации в мирное время в современных условиях .....</b>	<b>20</b>
2.1. Основные задачи медицинской службы .....	20
2.2. Войсковое звено медицинской службы и ЛОР-помощь в воинской части (на корабле) .....	24
2.3. Госпитальное звено, специализированная ЛОР-помощь .....	59
2.4. Отоларингологическая помощь детям в ВС РФ .....	62
<b>Глава 3 . Повреждения ЛОР-органов в мирное время .....</b>	<b>75</b>
3.1. Механические травмы носа и околоносовых пазух .....	75
3.2. Повреждения глотки, пищевода, гортани .....	93
3.3. Травмы уха .....	132
3.4. ЛОР-ранения от оружия «нелетального» (травматического) действия .....	140
<b>Глава 4. Травмы ЛОР-органов и шеи в условиях военного времени (по опыту Великой Отечественной войны 1941–1945 гг.) .....</b>	<b>144</b>
4.1. Величина и структура санитарных потерь ЛОР-профиля. Общая характеристика и классификация боевых ЛОР-повреждений .	144
4.2. Диагностика боевой травмы ЛОР-органов и медицинская сортировка пораженных .....	156
4.3. Характеристика медицинской помощи при травмах ЛОР-органов .....	170

---

<b>Глава 5. Особенности организации лор-обеспечения при локальных военных конфликтах и экстремальных ситуациях . . .</b>	<b>188</b>
<b>Глава 6. Химическая травма лор-органов . . . . .</b>	<b>206</b>
<b>Глава 7. Радиационные поражения лор-органов . . . . .</b>	<b>217</b>
<b>Глава 8. Влияние на организм и вестибулярный аппарат изменений гравитации. Действие вибраций . . . . .</b>	<b>228</b>
<b>Глава 9. Военная лор-экспертиза . . . . .</b>	<b>244</b>
9.1. Профессиональный отбор . . . . .	244
9.2. Выявление симуляции, аггравации и диссимуляции . . . . .	261
Заключение . . . . .	268
Литература . . . . .	269

## Глава 1

### **МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛОР-РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ В РУССКОЙ, СОВЕТСКОЙ И НЕКОТОРЫХ ИНОСТРАННЫХ АРМИЯХ (КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК)**

#### **Лор-помощь раненым и больным в русской и советской армиях**

Отоларингология как самостоятельная хирургическая специальность сформировалась в России к концу XIX в. Это явление ознаменовалось созданием Н. П. Симановским в Военно-медицинской академии первой в России и Европе объединенной кафедры болезней уха, горла и носа (1898).

До этого времени лор-специалистов в стране практически не было, поэтому в действующей армии лор-раненым оказывали медицинскую помощь врачи общей квалификации. К началу русско-японской войны в 1904 г. в русской армии уже были организованы первые лор-отделения в отдельных военных госпиталях, началась плановая подготовка военных и гражданских лор-специалистов. В стране стремительно развивалась экономика, система здравоохранения и медицинская наука, и все же к началу Первой мировой войны организация отоларингологического обеспечения войск еще не была достаточной. К 1905 г. в России уже имелось пять лор-клиник, около 300 лор-специалистов (с различной степенью хирургической подготовки), однако только в двух высших учебных заведениях страны (Военно-медицинская академия и Московские высшие женские курсы) лор-специальность входила в программу подготовки врачей. В официальных военно-медицинских документах и наставлениях специализированная помощь лор-раненым и больным в действующей армии не предусматривалась. Следует сказать, что некоторые эвакуационные госпитали фронта уже были профилированы как оториноларингологические, но во многих случаях для их укомплектования лор-врачей не хватало. Основная часть отоларингологов работала в лечебных учреждениях тыла. Наиболее крупными

центрами специализированного лечения лор-раненых и больных были Москва и Петроград. В Москве к 1915 г. было развернуто и заполнено лор-пострадавшими около 1000 коек. За 2,5 года Первой мировой войны через лор-отделения госпиталей и больниц в России прошло примерно 14 тысяч раненых, контуженных и больных. Из них 50—55 % были возвращены в строй (Гофман В. Р., Горохов А. А., 1990).

После Гражданской войны отоларингология продолжала развиваться. С 1922 г. она стала обязательным предметом преподавания в медицинских институтах. В 1937 г. в стране насчитывалось уже более 2000 лор-врачей, работали 51 лор-кафедра, 4 научно-исследовательских института, имелось более 4000 специализированных лор-коек.

Начались систематизация и обобщение практического и научного отоларингологического опыта, в том числе и военного. Впервые в специальной мировой литературе появилась монография В. И. Воячека «Избранные вопросы военной отоларингологии» (1934). Улучшалось снабжение армии медицинским имуществом. Так, в оснащение полковых медицинских пунктов (ПМП) и лечебных учреждений госпитальных баз вводят наборы лор-инструментов.

Опыт боевых действий советско-финляндской войны, а также военных конфликтов у озера Хасан и на реке Халхин-Гол показал, что огнестрельные ранения головы чаще оказываются сочетанными, а не изолированными. В связи с этим поставлен вопрос о создании в госпитальных армейских и фронтовых базах специализированных госпиталей для раненных в голову и групп медицинского усиления (в составе нейрохирурга, стоматолога, офтальмолога и отоларинголога) для перепрофилирования по необходимости общехирургических госпиталей. Однако в этот период у организаторов военной медицины появилось не вполне обоснованное мнение, что лор-помощь пораженным может быть оказана хирургами общей квалификации и стоматологами, в связи с чем отоларингологи в группы усиления (ОРМУ) включены не были, также не были введены в оснащение этапов медицинской эвакуации лор-комплекты имущества и инструментария (1940 г.). Дальнейшее развитие событий показало, что вышеприведенная позиция в отношении лор-специальности была крайне ошибочной. Следовательно, определенной системы организации медицинской помощи лор-раненым и больным, обеспеченной специальными штатными силами и средствами медицинской службы, перед Великой Отечественной войной (ВОВ) и в ее начале не было. Эта система складывалась и совершенствовалась уже в ходе войны следующим образом.

До конца 1942 г. в лечебных учреждениях армейского и фронтового районов лор-специалисты, как правило, отсутствовали. Большинство пораженных лор-профиля для специализированного лечения эвакуировали в тыл страны, что, естественно, оказалось связанным с большими временными затратами. Так как ранения лор-органов более чем в половине случаев носили сочетанный характер, то подобные раненые на этапах эвакуации попадали на лечение к хирургам, нейрохирургам, челюстно-лицевым хирургам, офтальмологам. Названные специалисты, в силу недостаточной подготовки в области лор-хирургии, не могли оказывать лор-раненым полноценную специализированную помощь. Такое положение зачастую приводило к дефектам в хирургической работе, требовало повторных операций, сказывалось на качестве, удлиняло сроки лечения лор-раненых, отсюда исходы ранений и увольняемость из армии по инвалидности начали приближаться к показателям Первой мировой войны. Поэтому жизнь продиктовала необходимость восстановления оториноларингологической помощи в действующей армии (Гофман В. Р., Горохов А. А., 1990).

В марте 1942 г. вводится должность главного отоларинголога Советской Армии. Им стал профессор Г. Г. Куликовский. Затем были введены должности нештатных армейских, а с 1944 г. — фронтовых главных лор-специалистов. На этих ответственных постах успешно работали К. Л. Хиллов, М. И. Светлаков, В. Г. Ермолаев, А. Р. Ханамиров, С. М. Гордиенко и другие. Во врачебный состав сортировочно-эвакуационных госпиталей, армейских и фронтовых госпиталей для легкораненых включают должности оториноларингологов. Ведутся интенсивная подготовка лор-врачей, перевод лор-специалистов с административных должностей на лечебные. Военно-медицинские учреждения оснащают наборами лор-инструментов. Непосредственная организация медицинской помощи и лечения отоларингологическим раненым и больным, органически включенная в общую систему оказания медицинской помощи в конце и после ВОВ 1941 — 1945 гг., осуществлялась следующим порядком.

Медицинские пункты и лечебные учреждения обобщающе именовались этапами медицинской эвакуации, которые располагались от фронта в тыл в определенной последовательности. Таким образом, под этапом медицинской эвакуации понимают силы и средства медицинской службы (личный состав и оснащение медицинских пунктов и лечебных учреждений), развернутые на путях эвакуации для приема, сортировки раненых и больных, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации нуждающихся в ней.



Названные принципиальные установки сохраняют актуальность до настоящего времени.

В сложившейся в минувшей войне системе лечебно-эвакуационных мероприятий особое значение имели своевременность оказания медицинской помощи, преемственность и последовательность лечебных мероприятий, т. е. соблюдение единых методов лечения раненых и больных и последовательное наращивание лечебных мероприятий на этапах эвакуации (рис. 1.1).

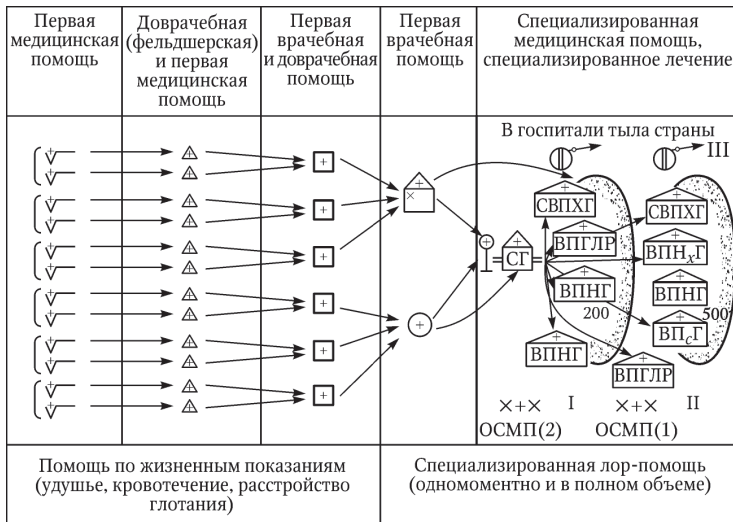


Рис. 1.1. Принципиальная схема организации помощи пораженным лор-профиля в военное время: I – передовая госпитальная база (первый эшелон); II – тыловая госпитальная база (второй эшелон); III – госпитали тыла страны (третий эшелон)

Преемственность в лечении лор-раненых и больных достигается, прежде всего (как упомянуто выше – ВМД), единым пониманием развития патологических процессов, происходящих в лор-органах при поражениях и заболеваниях, едиными методами их профилактики и лечения. Обязательным условием преемственности является четкое ведение типовой медицинской документации.

В процессе проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в подразделениях Советской Армии предусматривалось (как

и в настоящее время) оказание следующих разновидностей помощи пораженным: первая помощь (санинструктор, само- и взаимопомощи), доврачебная (фельдшерская) помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная, специализированная помощь и медицинская реабилитация (рис. 1.2).

Рота	Батальон	Полк	Дивизия, бригада	Армия	Фронт	Тыловые госпитали
Первая медицинская помощь						
	Доврачебная (фельдшерская) помощь					
		Первая врачебная помощь				
			Квалифицированная медицинская помощь			
					Специализированная медицинская помощь, специализированное лечение, реабилитация	

Рис. 1.2. Виды медицинской помощи в Советской Армии (ВОВ 1941–1945 гг.)

Под видом медицинской помощи, как в минувшую войну, так и на современном этапе развития военной медицины, понимают определенный перечень (комплекс) лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при поражениях и заболеваниях личного состава боевых подразделений медицинской службой на поле боя, при массовых санитарных потерях и на этапах медицинской эвакуации. В настоящее время существуют некоторые разночтения в определении количества видов помощи военно-медицинской службой ВС РФ и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ФЗ № 323, 2011). Военная медицина терминологически насчитывает 6 видов помощи (см. выше), в Федеральном законе упомянуто 4 вида (без «квалифицированной медицинской помощи» и «медицинской реабилитации»). Обсуждению данного вопроса было посвящено одно из заседаний 36-го Пленума Ученого медицинского совета при ГВМУ МО РФ, было принято решение считать

целесообразным для практического применения в терминологии военной медицины упомянутых шести видов помощи (включая «квалифицированную медицинскую помощь» и «реабилитацию»). Это решение отражено в статье журнала «Вестник Военно-медицинской академии» № 3, 2012 г.

Вид медицинской помощи определяется местом оказания, подготовкой лиц, ее оказывающих, и наличием соответствующего оснащения. Объем медицинской помощи — это совокупность лечебно-профилактических мероприятий в границах конкретного вида медицинской помощи, выполняемых на этапах медицинской эвакуации в отношении определенных категорий раненых и больных по медицинским показаниям и в соответствии с боевой и медицинской обстановкой.

В войсковом районе (ПМП, ДМП, ХППГ 1-й линии) медицинскую помощь при лор-ранениях оказывали врачи общей квалификации в основном по жизненным показаниям. Эта помощь включала проведение трахеотомии, остановку кровотечения, борьбу с шоком и расстройством глотания.

В армейском районе осуществляли специализированную медицинскую помощь и лечение лор-пораженным и больным при прогнозировании исхода в сроки до 30 сут. Лечение проводили в СХППГ для раненных в голову, госпиталях для легкораненых (АГЛР), в которых были сконцентрированы необходимые лор-силы и средства.

Лор-пораженные с ориентировочными сроками лечения до 60 сут направлялись в ЭГ для раненных в голову, нейропсихиатрические госпитали, ФГЛР.

Лор-пострадавших, требующих сложных оперативных вмешательств и длительного лечения (свыше 60 сут), эвакуировали в лечебные учреждения тыла страны (лор-отделения эвакогоспиталей Наркомздрава СССР, лор-клиники медицинских институтов, лор-отделения крупных тыловых военных госпиталей и больниц).

Правильные пути и созданные формы организации специализированной помощи пострадавшим лор-профиля привели к существенному улучшению показателей лечения в период ВОВ 1941—1945 гг. по сравнению с периодом Первой мировой войны. В минувшую войну в строй были возвращены 87,5 % лор-раненых, 91,0 % лор-контуженных, 94,5 % лор-больных («Опыт советской медицины в ВОВ 1941—1945 гг.», т. 8).

Вместе с тем опыт Великой Отечественной войны показал исключительно большую зависимость конкретных форм организации лечебно-эвакуационных мероприятий от боевой, тыловой и медицинской обстановки, что неоднократно подчеркивалось в ходе войны в директивных указаниях и служебных письмах ГВСУ (Главного

военно-санитарного управления) Красной Армии. В них говорилось, что объем работы и выбор метода хирургического вмешательства и лечения определяются главным образом положением на фронте, количеством поступающих раненых и больных, их состоянием, числом врачей, особенно хирургов на данном этапе, наличием автотранспортных средств, полевых лечебных учреждений и медицинского оснащения, временем года и состоянием погоды.

При всех своих достоинствах система этапного лечения с эвакуацией по назначению периода Великой Отечественной войны не была лишена и некоторых недостатков. К их числу следует отнести необходимость повторного оказания хирургической помощи раненым, что было связано с невозможностью проведения исчерпывающих хирургических вмешательств на войсковых этапах медицинской эвакуации и в хирургических полевых подвижных госпиталях первой линии. В то время отсутствовали также средства, задерживающие развитие инфекции в ране, своевременное применение которых позволяет в настоящее время производить отсроченную хирургическую обработку в специализированных лечебных учреждениях (Гофман В. Р., Горохов А. А., 1990).

Вторым наиболее существенным недостатком лечебно-эвакуационной системы являлась многоэтапность при эвакуации раненых (больных) и оказании им медицинской помощи (см. рис. 1.1). Большинство раненых и больных в то время последовательно проходили не только все войсковые этапы эвакуации (ПМП, ДМП или ХППГ 1-й линии), но и ряд эшелонов госпитальных баз армий и фронта, выполнявших примерно один и тот же объем специализированной медицинской помощи. Такая многоэтапность была обусловлена не только невозможностью одномоментного исчерпывающего оказания хирургической помощи, но и существовавшим порядком эвакуации. Основным средством транспортировки раненых и больных во фронтовом тылу и тылу страны был железнодорожный транспорт. При этом имелись разные его типы (военно-санитарные летучки, временные и постоянные военно-санитарные поезда), работавшие на различных участках железных дорог, что неизбежно приводило к последовательной перегрузке эвакуируемых с одного вида железнодорожного транспорта на другой и к необходимости разворачивать в местах этой перегрузки соответствующие подразделения госпитальных баз армии или фронта.

Медицинская служба во время ВОВ имела крайне ограниченное число санитарных самолетов, что исключало возможность такой организации эвакуации тяжелораненых, при которой они непосредственно

поступали в госпитальные базы, расположенные на большом удалении от линии фронта, минуя предшествующие им этапы. Многоэтапность эвакуации отрицательно сказывалась на результатах лечебного процесса, увеличивая длительность лечения и способствуя ухудшению исходов. Об этом, в частности, свидетельствуют данные статистического анализа зависимости сроков лечения от количества этапов медицинской эвакуации, пройденных ранеными. Так, при ранениях верхних конечностей с повреждением кисти с ростом числа этапов медицинской эвакуации с трех до семи срок лечения удлинился почти на 49 сут, а при ранениях нижних конечностей более чем на 58 сут. Все сказанное требовало дальнейшего совершенствования системы этапного лечения раненых и больных (Гофман В. Р., Горохов А. А., 1990).

### **Медицинская помощь лор-раненым и больным во Вторую мировую войну в некоторых иностранных армиях**

*В армии США* на передовых этапах медицинской эвакуации помощь лор-пораженным и больным оказывали врачи общей квалификации. Однако иногда эвакуационным пунктам дивизий придавались вспомогательные хирургические группы усиления, в составе которых были также лор-офтальмологические группы. В армейском эвакуационном госпитале (ЭГ) в составе одной из хирургических бригад работал штатный лор-специалист. Он оказывал неотложную помощь, проводил обследование и лечение амбулаторных лор-больных. Лечение отоларингологических раненых и больных осуществлялось далее в лор-отделениях армейских госпиталей для выздоравливающих, главных госпиталей и госпитальных центрах. Здесь проводили также большую консультативную работу и амбулаторный прием больных. Возглавляли работу по специальности в армиях и госпитальных центрах консультанты-отоларингологи. За организацию лор-помощи на европейском театре военных действий отвечал старший консультант-отоларинголог экспедиционных войск. В 1944 г. в армии США была введена должность отоларинголога-консультанта Военно-санитарного управления.

*В английской армии* во время Второй мировой войны медицинская помощь лор-пострадавшим оказывалась в армейских лечебных учреждениях. Армейским эвакуационным пунктам придавались группы усиления в составе следующих специалистов — нейрохирург, офтальмолог, стоматолог, отоларинголог. Лор-специалист осуществлял сортировку, проводил хирургические пособия при травмах лор-органов по неотложным показаниям. Специализированное лечение некоторой части

лор-пораженных и больных (в основном легкораненых и нетранспортабельных) проводилось в лор-отделениях хирургических госпиталей. Основное количество отоларингологических пораженных и больных проходило лечение в госпитальных центрах городов Англии. По понятным причинам (островное положение) раненых и больных эвакуировали из экспедиционного корпуса на материке преимущественно воздушным транспортом.

*Во французской армии* к концу войны лор-помощь была организована по образцу, принятому санитарной службой армии США.

*В германской армии* помощь пострадавшим с повреждениями лор-органов и больным на войсковых этапах эвакуации оказывали хирурги общего профиля. В армейском районе развертывали армейские лазареты, часть из которых была специализирована для раненных в голову и шею.

В специализированных лазаретах в числе отделений различного профиля предусматривались и лор-отделения. Осуществление и организацию отоларингологической помощи возглавлял врач-отоларинголог, находящийся в резерве врачей-специалистов при начальнике санитарной службы армии. Лор-пораженные и больные, для лечения которых требовалось более 1,5 мес. (45 сут), эвакуировались в лор-отделения резервных лазаретов, расположенных во внутренних районах Германии и союзных государств. Во внутренних районах были также развернуты самостоятельные лор-лазареты. Кроме лечения раненых и контуженных в лазаретах проводили большую консультативную работу и лечение амбулаторных больных.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что во Вторую мировую войну организация отоларингологической помощи в армиях ведущих капиталистических государств была во многом сходной с системой специализированной помощи, которая была создана и эффективно функционировала в Советской Армии к концу Великой Отечественной войны. При этом следует подчеркнуть, что система лор-помощи раненым и больным в Красной Армии в минувшую войну находилась на высоком организационном и техническом уровне и соответствовала аналогичной лечебной системе в армиях ведущих иностранных государств.

Масштабы минувшей войны общеизвестны. Санитарные потери того периода исчисляются миллионами человек, архивы военно-медицинской документации содержат обширный и систематизированный материал по боевым поражениям.

Как показывает всесторонняя оценка медицинского обеспечения многочисленных военных конфликтов с применением обычного

огнестрельного оружия, которые имели место после Второй мировой войны и продолжают в современных условиях, учитывая нарастание в мире частоты катастроф и террористических эксцессов, наследие Великой Отечественной войны имеет большое практическое и теоретическое значение и в настоящее время.

Поэтому полученный в период Великой Отечественной войны военно-медицинской службой исключительно важный опыт лежит в основе современных подходов к организации и лечению боевых повреждений от обычных видов оружия.

## Глава 2

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В МИРНОЕ ВРЕМЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

#### **2.1. Основные задачи медицинской службы**

В мирное время медобеспечение Вооруженных сил Российской Федерации осуществляется по территориальному принципу, в границах военного округа (флота). Принцип территориальности является организационной основой построения всей современной системы лечебно-диагностической работы и способствует оптимизации этой системы. Создание в конкретном регионе полноценной инфраструктуры амбулаторно-поликлинического и госпитального звеньев, обеспечивающих необходимый объем диагностики и специализированного лечения больных, позволяет увеличить возможности существующей лечебно-диагностической базы и обеспечить доступность медицинской помощи своевременно и в полном объеме, ведет к экономии выделяемых бюджетных ассигнований, рациональному расходованию материальных ресурсов, ликвидации дублирующих структур медицинской службы. Это важнейший приоритет в деятельности медицинской службы в последние годы.

Для реализации территориального принципа медобеспечения ВС РФ сформированы 4 военных округа: Западный, Восточный, Центральный и Южный.

В структуре Западного военного округа (окружной госпиталь в г. Подольске) по подчиненности входят 21 госпиталь различной конечной емкости и 9 поликлиник.

В структуру Восточного военного округа (окружной госпиталь в г. Хабаровске) по подчиненности входят 22 госпиталя и 4 поликлиники.

В структуру Центрального военного округа (центральные госпитали в г. Екатеринбурге и г. Новосибирске) по подчиненности входят 15 госпиталей и 5 поликлиник.

В структуру Южного военного округа (окружной госпиталь в г. Ростове-на-Дону) входят 19 госпиталей и 7 поликлиник.



Развитие медицинской службы осуществляется в рамках Стратегии социального развития ВС РФ до 2020 г. Медицинская служба Вооруженных сил в соответствии с Положением о Министерстве обороны Российской Федерации, утвержденным Указом Президента РФ от 19 августа 2004 г. № 1082, является головным исполнителем двух ведущих функций, реализующих полномочия Министерства обороны Российской Федерации, а именно:

- разрабатывает и осуществляет комплекс профилактических, лечебных и других мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья военнослужащих, лиц гражданского персонала Вооруженных сил, граждан, уволенных с военной службы, членов их семей, организует деятельность медицинских, санаторно-курортных и оздоровительных учреждений;

- реализует государственную политику в области госсанэпиднадзора в ВС, других воинских формированиях и органах в порядке, установленном законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

В основу формирования нового облика медицинской службы ВС РФ заложены следующие принципиальные подходы:

- жесткий лимит численности персонала;
- соответствие дислокации медицинских частей и учреждений дислокации войск;

- оснащение медслужбы соединений и частей новыми образцами диагностической и лечебной техники в соответствии с комплексной перспективной программой;

- достаточный коэффициент мобилизационной готовности.

Наряду с тем медицинская служба ВС РФ должна выполнять постоянную задачу – реализацию соответствующих мероприятий стратегии социального развития ВС, главная цель которой состоит в улучшении качества и повышении уровня жизни, в том числе удовлетворенности качеством и доступностью медицинского обеспечения военнослужащих, членов их семей и прикрепленных контингентов, достижении оптимального соотношения между уровнем и качеством жизни населения России в целом.

Оптимизацию состава сил и средств медслужбы ВС РФ планировалось осуществить следующим образом:

1. Привести численность личного состава медслужбы в соответствие с планируемым составом войск.
2. Содержать состав сил и средств медицинской службы, госпитальных коек в количестве, обеспечивающем выполнение задач по предназначению.

3. Завершить реализацию системы медицинского обеспечения ВС РФ, которая включает:
  - создание в мирное время группировки сил и средств медслужбы с достаточной базой в военных округах и на флотах и ее адаптации на особый период;
  - интегрирование медицинских учреждений для обеспечения видов (родов) Вооруженных сил с медицинскими учреждениями Центра в единую систему медобеспечения.
4. Развернуть военные госпитали (ВГ) с новой организационно-штатной структурой:
  - в военном округе (флоте) иметь окружной (флотский) клинический ВГ на 600 коек;
  - в базовых военных гарнизонах ВГ на 300 коек;
  - в военных гарнизонах ВГ на 150 коек.
5. Базовые и гарнизонные ВГ являются филиалами ОВКГ.
6. На основе медицинских складов создать центры обеспечения медицинской техникой и имуществом (ЦОМТИ) округов (флотов).
7. Переформировать медицинские базы хранения техники и имущества в мобилизационно-технические медицинские центры (МТМЦ) постоянной готовности.

Таким образом, к 2013 г. планировалось полностью осуществить территориальный принцип медобеспечения частей постоянной готовности Вооруженных сил по трем уровням:

1-й уровень (гарнизонный — дивизия, бригада): медицинская рота бригады, ВГ 150 коек;

2-й уровень (базовый — армия, объединение): ВГ 300 коек, МТМЦ, центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН), санитарная авиация — вертолет;

3-й уровень (окружной): ВГ 600 коек, МТМЦ, ЦГСЭН, ЦОМТИ, санитарная авиация — самолет.

Осуществление программы обеспечения военнослужащих и населения высокотехнологичной медпомощью находится также в тесной связи с приоритетным национальным проектом «Здоровье». Основной потенциал медицинских кадров и высоких технологий сосредоточен в военно-лечебных учреждениях Центра, прежде всего в Военно-медицинской академии им С. М. Кирова, ГВКГ им. Н. И. Бурденко, 3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого. В этих учреждениях оказывают свыше 90 видов высокотехнологичной помощи в полном объеме. Расходы на указанные виды помощи покрываются частично из средств Минобороны России и других поступлений. Для оказания таких видов

помощи в военно-лечебных учреждениях требуются денежные средства в размере около 1,2 млрд рублей в год.

Одним из ведущих факторов, определяющих деятельность военного здравоохранения в мирное время, является величина и структура контингентов, находящихся на медицинском обеспечении.

В этой связи имеет место значительная диспропорция в соотношении количества военнослужащих и невоеннослужащих. Так, если в 1992 г. соотношение военных и прочих контингентов составляло 2 : 1, то уже в 1996 г. соотношение выглядело как 1 : 2,5. Таким образом, начала возрастать диспропорция между возможностями военных лечебно-профилактических учреждений и потребителями в предоставлении медицинских пособий гражданам в установленном законодательством порядке. Далее, в 1998 г. в соответствии с Федеральным законом «О статусе военнослужащих» к 5,7 млн граждан, ранее прикрепленных на медицинское обеспечение к учреждениям Минобороны России, добавилось еще около 600 тыс. человек. Это право получили прапорщики и мичманы, а также граждане, уволенные с военной службы вследствие ранений, контузий, травм или болезней, полученных при исполнении обязанностей военной службы.

Усложнившиеся задачи военно-медицинской службы в условиях сокращающегося финансирования решаются в трех направлениях:

- внедрение в практику и совершенствование системы медицинского страхования, платных медицинских услуг и других возможных дополнительных финансирования за счет внебюджетных источников;

- развитие организационных (более экономных) форм лечебно-диагностического процесса и создание режима жесткой экономии бюджетных средств;

- оптимизация состава медицинской службы, в том числе привлечение в военное здравоохранение гражданского врачебного персонала на места врачей-военнослужащих.

На сегодняшний день право на медицинское обеспечение в военно-медицинских учреждениях имеют около 7 млн человек, в том числе военнослужащие составляют 16,1 %, члены их семей — 21,5 %, военные пенсионеры 13,1 % и члены их семей 37,9 %, лица гражданского персонала ВС 11,4 %. Практически ежегодно в военно-лечебных учреждениях стационарное лечение получают более 800 тыс. человек, из которых 67,1 % составляют военнослужащие МО РФ и других федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, 14,5 % — пенсионеры МО РФ, 7 % — члены семей кадровых офицеров запаса (в отставке), 1 % — гражданский персонал Вооруженных сил и 10,4 % — прочие.

Одним из основных направлений совершенствования оказания медицинской помощи в РФ является перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный путем создания дневных стационаров и стационаров на дому. Использование последних показало высокую эффективность (экономическую и медицинскую). Экономически лечение больных в дневном стационаре поликлиники в 7,2 раза дешевле, чем в госпитале. Основанием для направления в госпиталь должна служить, прежде всего, необходимость в применении для лечения специализированных видов медицинской помощи.

Вышеизложенное существенно повлияло на организацию отоларингологической службы в ВС РФ. Для лечения лор-больных в 2010 г. госпитальное звено располагало 40 лор-отделениями, что вдвое меньше, чем в 2008 г. (85 отделений); число штатных лор-коек составило 973 единицы (в 2008 г. — 1703 койки), что связано с общим сокращением численности Вооруженных сил. Всего в лор-отделениях закончили лечение 3,8 % всех пролеченных в Вооруженных силах за 2010 г. больных, что по удельному весу даже несколько превышает результаты предыдущих лет. Анализ амбулаторно-поликлинической деятельности показал, что за этот же год лор-врачами принято 10,7 % всех первичных больных, обратившихся за помощью в военные поликлиники. Приведенные основные показатели свидетельствуют, что на фоне увеличения количества лиц, подлежащих медицинскому обеспечению, правильная организация и нарастание интенсивности лечебного процесса позволяют успешно решать задачи, поставленные перед военно-медицинской службой правительством и руководством ВС РФ. Таким образом, в системе организации военной медицины ВС РФ в сравнении с аналогичной системой периода ВОВ 1941—1945 гг. и послевоенного периода произошли существенные рациональные преобразования.

Одним из приоритетных направлений реформирования военной медицины, как упоминалось, определено развитие ее войскового звена, которому принадлежит главная роль в организации первичной профилактики болезней военнослужащих.

## **2.2. Войсковое звено медицинской службы и лор-помощь в воинской части (на корабле)**

В состав войскового звена медслужбы входят медицинские пункты и лазареты воинских частей (кораблей) и подразделений, медицинские роты бригад, соединений, учебных центров, отдельные