

Ниже приведенные соображения ни в коем случае не претендуют на истину в последней инстанции, как и на уникальность, и разумеется, могут оказаться ошибочными. Однако нам хочется верить, что ознакомление с ними позволит хотя бы в незначительной степени улучшить качество медицинского обеспечения наших войск и таким образом, благоприятно повлиять на исход кампании.

Особенности организации военно-полевой

медицины на современном этапе.

(опыт компании в Новороссии)

*Печально я гляжу на ваше поколение
его грядущее иль пусто, иль темно.....*

(А.С. Пушкин)

Общие особенности военного дела в ходе текущей кампании.

Склонность считать каждое новое поколение менее достойным, нежели предыдущие, является одной из самых древних особенностей человечества, и нашла своё отражение ещё в первых литературных источниках древнейших цивилизаций, типа шумерской. Причины этого многообразны и не могут являться материалом данной статьи. Однако рациональное зерно в этой концепции есть: каждое следующее поколение несколько совершенствует свои навыки в важнейшей области социальных отношений, в области восприятия и обработки информации, за счёт пропорционального снижения иных, более заметных внешне качеств - прежде всего, чисто физических, и в меньшей мере - морально-волевых. Соответственно, старшее поколение, лишённое достаточно изощрённых механизмов мировосприятия, чтобы

прочувствовать достигнутый прогресс в области работы с информацией, замечает только деградацию хорошо заметных ему прочих качеств своих наследников.

В приложении к военному делу данная тенденция имеет следующие следствия:

1. Каждое последующее поколение будет демонстрировать менее высокие морально-волевые, психологические и физические качества, нежели предыдущее. Соответственно, в каждом следующем поколении воевать будет способен относительно меньший процент населения чем предыдущий, боеспособность этих воюющих будет также уменьшаться, относительная ценность каждого из них - возрастать.

2. Каждое последующее поколение будет более чувствительно к информационному полю, нежели предыдущее. Соответственно, всё большее значение будет приобретать пропаганда, агитация и иные формы воздействия на мировосприятие противника, чувствительность к потерям и лишениям также будет возрастать.

Из этих следствий вытекают следующие основные задачи, к достижению которых должны стремиться те, от кого зависит успех в будущих войнах: конструкторы, полководцы, военные, аналитики, журналисты.

1. Проектируемое оружие каждого следующего поколения должно быть возможно более безопасным в применении, нежели предыдущее. Соответственно, скорость перемещения войсковых единиц и дальность поражения приобретают более приоритетное значение, нежели удельная мощность огневого удара и защищённость фортификационными сооружениями. Этим же приоритетам, естественно, отвечает применяемая с этим оружием тактика.

2. Всё большее значение приобретает сохранение жизни и здоровья каждого военнослужащего, в особенности из строевых, ударных подразделений.

3. Спайка, сплочённость и органичное взаимодействие подразделений будут неуклонно снижаться. То же самое касается работы средств связи, а также штабного планирования и управления войсками.

Данные тезисы, в особенности последний, вроде бы противоречат основным теоретическим постулатам современной военной науки, однако только на первый взгляд. Например, наш опыт непрерывного участия в текущей кампании показал что в современных условиях, с нашей стороны действуют следующие факторы: воюют высоко мотивированные, но слабо обученные ополченцы, имеющиеся средства связи совершенно недостаточны по количеству и чаще всего приобретены за наличный расчёт в свободной продаже, в зоне активных боевых действий противником массово применяются средства РЭБ, а сети мобильной связи почти полностью контролируются противником же. Всё вышеперечисленное приводит к тому, что на направлениях главных ударов координация усилий между большинством подразделений, особенно делающих главную работу, по захвату либо удержанию ключевых точек на направлении главного удара, практически отсутствует или осуществляется редкими посылными.

В непосредственном контакте с противником, когда защищённость от прямого воздействия средств поражения, прежде всего противотанковых, приобретает решающее значение, бой ведут исключительно редко. Гораздо чаще приходится находиться под огнём артиллерии. В этих условиях маневренность, управляемость и скорость перемещения войсковых единиц гораздо важнее, нежели их броневая защита. Да действительно, современный танк раздолбать навесным артиллерийским огнём очень трудно. Но в танке сидят люди, у которых, как мы уже отметили выше, боевой дух кардинально отличается от такового у предков. Близкие постоянные разрывы действуют

на них очень сильно, и приводят к истощению наступательного потенциала задолго до вступления непосредственно в бой, оборонительный или наступательный.

Численность воюющих относительно незначительна, их трудоспособность ещё ниже, подразделения обеспечения, прежде всего инженерного, практически рудиментны. Тут как нигде заметна деградация военного дела: например во времена Петра Первого (к концу Северной войны) до трети личного состава армии составляли различные сапёрные подразделения, и по отзывам современников *"русские значительно преуспели в искусстве фортификации"*. Сейчас положение дел является прямо противоположным: единственная сапёрная рота на бригаду с полуживой немногочисленной техникой и практически без централизованных поставок стройматериалов не в состоянии обеспечить даже самые базовые инженерные потребности бригады, немногочисленные, растянутые по фронту сверх всякой меры пехотные подразделения, укомплектованные едва не на треть пенсионерами и инвалидами (настоящими, безо всякого преувеличения), с практически отсутствующей сапёрной подготовкой своих нештатных специалистов, к качественному инженерному самообеспечению практически неспособны. Всё вышеперечисленное приводит к тому, что в местах решающих исход кампании сражений за ключевые точки пехота, особенно в оборонительной фазе наступательного боя, когда удерживает захваченные позиции противника, оказывается лишённой хотя бы элементарных укрытий и несёт под массированным артиллерийским огнём противника тяжёлые, совершенно неоправданные потери, при этом до трети осколочных ранений приходится в ноги, что вообще должно являться нонсенсом при наличии любых, хотя бы минимальных, укрытий.

Причины этого очевидны: как только началось наше наступление, противнику становятся известны участки нашего вклинения, собственные позиции хорошо им пристреляны и на наши войска обрушивается

сосредоточенный артиллерийский огонь. При этом заранее оборудованные противником укрытия немногочисленны или вообще отсутствуют, а оторвать свои, достаточного количества и качества, пехота под таким воздействием не может в принципе. Происходит, таким образом, "перемалывание" самого драгоценного материала нашей армии - личного состава ударных подразделений.

Теперь, когда мы кратко рассмотрели основные общие закономерности военного дела, необходимо оценить состояние дел в военной медицине.

Особенности медицинского обеспечения войск на современном этапе.

Опыт отечественной военной медицины очень обширен. К сожалению, идущие сейчас боевые действия весьма существенно отличаются от тех условий, в которых происходили предыдущие войны. Ранее бои шли преимущественно в условиях естественных природных ландшафтов - как в годы Отечественной Войны, так и в условиях Афганистана, Чечни, Таджикистана. Воевали профессионально подготовленные регулярные части, медицинские учреждения размещались преимущественно при гарнизонах и подразделениях, комплектовались также профессионально подготовленными военными медицинскими работниками. Сейчас бои идут в условиях крупнейшей в Европе городской агломерации Донбасса, воюет крайне мало обученное ополчение. Ситуация усугубляется тем, что у многих из числа воюющих, особенно медиков, отсутствует даже давний опыт службы в рядах вооружённых сил: двадцать лет деградации армии на Украине дали закономерный итог. Соответственно, близость крупных городов с хорошо оборудованными и неплохо оснащёнными медицинскими центрами в сочетании с возросшими транспортными возможностями войск существенно уменьшают требования к выполнению различных оперативных вмешательств в полевых условиях. Кроме того, всегда имеется возможность использовать

гражданский автомобильный транспорт, например кареты скорой медицинской помощи и автобусы, которые ожидают в условленной, безопасной точке, на удалении порядка 12 километров от линии соприкосновения с противником, и осуществляют дальнейшую эвакуацию раненых. Фактически, задачами военной медицины в таких условиях становится:

- Оказание всех видов первой помощи вплоть до врачебной, чтобы обеспечить максимальную выживаемость раненых на этапе эвакуации.
- Максимально быстрая и щадящая поэтапная эвакуация раненых в лечебные учреждения.
- Своевременный учёт и анализ статистических характеристик ранений.
- Долечивание раненых после специализированных хирургических вмешательств в гражданских учреждениях, лечение заболевших военнослужащих.

Как видим, основной задачей военно-полевой медицины стала эвакуационная и её обеспечение.

С другой стороны, в современных условиях исключительно ужесточились требования к выполнению этой задачи, а также к формам и методам её осуществления.

Дело в том, что выполнять её приходится в следующих условиях:

1. Крайне низка организация, уровень управления войсками и координации их усилий. Командование радикально запаздывает с постановкой задач медицинским подразделениям, при этом оно же не передаёт в нижестоящие подразделения информацию о местоположении медицинских пунктов, путях и оптимальных формах эвакуации и так далее. Фактически, командование не

справляется с руководством войсками в полной степени, и одной из первых жертв этого становится медицина: о ней просто забывают.

2. Не организуются брифинги, обмен опытом и установление прямых контактов между подразделениями обеспечения, прежде всего медицинскими, и строевыми, в особенности из частей, действующих совместно с бригадой, но не входящих в её состав.
3. Крайне недостаточны, точнее отсутствуют, необходимые формы обеспечения материальных потребностей военной медицины: штатные работающие транспорт и связь отсутствуют (в нашей бригаде из 15 МТЛБВ удалось поставить в строй ценой героических усилий 5, из них 1 была сожжена в первый же день наступления, а 2 вышли из строя через пару дней эксплуатации, аналогичная ситуация со штатным сухогрузным транспортом), запчастей либо средств для приобретения запчастей на средства нештатные нет. Связь отсутствует как класс: на всю медслужбу бригады - не только ни одной штатной радиостанции, но и никакой помощи по оптимизации работы нештатных, приобретённых за свои средства. При этом финансирование отсутствует настолько, что даже простейшие указатели типа "медпункт там", для установки на магистральных дорогах, изготовить не за что. Введённый не иначе как с вредительскими целями прессинг за попытки хоть как-то выходить из положения настолько велик, что даже эвакуированная из освобождённых разрушенных городов брошенная автомобильная медицинская эвакуационная техника, отремонтированная и введённая в строй медслужбы бригады вызывает вопросы вплоть до уголовного дела у местных структур МГБ. Кратко говоря, такое впечатление, что множество местных властных структур и спецслужб, от всей души играя на стороне Киева, но не имея возможности прямо

навредить строевым подразделениям, "делает всё что может" на этом поприще для подразделений медицины.

4. При выполнении боевых задач медицине приходится рассчитывать исключительно на свои силы: уровень дисциплины войск настолько "высок" что нередко были случаи, когда военнослужащие после боя либо в ходе него были почти неспособны под огнём грузить своих же раненых в МТЛБ - если эту задачу не выполняют медики, не сделает никто. Аналогично обстоит дело с пехотным прикрытием медицинских пунктов (забудьте! Даже если рядом стоит часть троих часовых на ночь вам никто не выделит!), инженерным обеспечением (вам надо? вы и ройте себе щели!), разведкой маршрутов и проводкой медицинских колонн (вы больные! Вам надо - вы туда и лезьте!) Аналогично обстоит дело и с огневыми возможностями медицинских подразделений: нередко были случаи, когда после развёртывания медицинского пункта на позициях танкистов оказывалось, что у тех не работают ни пушки, ни пулемёты, нет ни топлива, ни связи. Соответственно, задачи отражения натиска вражеской пехоты либо огневого прикрытия своего рывка за ранеными нужно будет решать самостоятельно.
5. Отсутствуют как класс в составе подразделений до уровня бригады включительно "особые отделы" либо их аналоги. Неизбежные в условиях войны саботаж и диверсии не получают ни расследования, ни последующего наказания и соответственно расцветают пышным цветом: например, многократно отмечались случаи выхода из строя боевой техники с признаками искусственных повреждений её систем в ключевых точках.

Подводя резюме вышесказанному: в условиях современной войны на территории Донбасса (кстати, аналогичная ситуация будет наблюдаться в ходе боевых действий практически на любом участке европейского ТВД)

существенно и многосторонне возросли требования к эвакуационной функции военной медицины.

Материал и методы исследования.

За время кампании (начиная с 23-го марта 2014 года) нами было развёрнуто 9 медицинских пунктов различной мощности - начиная с рассчитанных на взвод и заканчивая медицинской службой бригады. Происходило это в строго единообразных условиях: на этапе создания и развёртывания - никакой помощи от руководства, ни единым кубометром стройматериалов, ни единым рублём, ни одной единицей транспорта либо запасной частью к нему, ни единым средством связи. Чаще всего не выдавалось и оружие, само собой никто не предпринимал никаких усилий к обеспечению медикаментами и иными товарами медицинского назначения. Всё вышеперечисленное приходилось добывать, точнее выпрашивать, используя личные связи - у местного населения либо у своих друзей из Российской Федерации.

По окончании развёртывания и после того, как медицинский пункт начинал бесперебойно функционировать, если мы сами не оставляли его с тем, чтобы направиться в другое подразделение и налаживать медслужбу там, проходило в среднем 2 недели до того момента как в коллективе проявлялись субъекты, стремившиеся устранить руководство, организовавшее работу подразделения, и занять руководящие должности, при этом эти субъекты встречали активную поддержку нашего командования. В случае наших попыток сопротивления этим действиям, доходило до открытого вооружённого противостояния, после чего уходить всё равно приходилось. На следующем этапе медпункт (либо медслужба) достаточно быстро прекращал функционировать - наиболее полезные и деятельные сотрудники расходились, материальные запасы более не поступали.

При этом нашей медслужбе удалось принять участие в большинстве наиболее известных боевых эпизодов кампании: штурм и оборона ОГА, Славянск (совсем немного), спецоперации ЦСО МГБ, Еленовка, Спартак, Аэропорт, Михайловка и Озеряновка, Угледорск, Логвиново. За это время собственные безвозвратные потери возглавляемых нами медицинских подразделений составили три человека: два врача и фельдшер. При этом во всех трёх случаях причиной потерь явилось то, что командование отдавало свои приказы моим людям напрямую, не ставя меня в известность.

Среди выполняемых за это время нами задач: на первом этапе борьбы - медицинское обеспечение митингов, акций гражданского неповиновения, блокпостов и мотоманёвренных групп ополчения, на следующих этапах - оказание помощи раненым на поле боя и их эвакуация, проникновение в тыл противника с целью оказания медицинской помощи и эвакуации раненых, организация взаимодействия с гражданскими лечебными учреждениями, обучение военнослужащих основам военно-полевой медицины, организация лечения и реабилитации заболевших, раненых и контуженных ополченцев, медицинская помощь пленённым диверсантам и военнослужащим противника, проводка танковых и пехотных колонн в зону боевых действий, разведка вражеских позиций и корректировка артиллерийского огня, а также непосредственное участие в огневых контактах в ходе боевых действий и специальных операций.

Помимо анализа собственного опыта участия в боевых действиях, нами проводился постоянный обмен опытом и взаимный поиск оптимальных форм взаимодействия с военно-медицинскими структурами как других подразделений МО (шахтёрской дивизии, спецназа ДНР, семёновской дивизии) так и других силовых структур и военизированных формирований (казаки, СОБР, подразделения МВД и ЦСО МГБ).

На основании анализа полученного опыта цели современной военно-полевой медицины на направлении главного удара были определены как: создание

оптимальных условий для эвакуации раненых с поля боя до ближайшего лечебного учреждения, с минимальными потерями всех ресурсов - начиная со здоровья и жизни военнослужащих, и заканчивая временем на выполнение каждого этапа эвакуации по отдельности и всех их вместе.

Для достижения этой цели медицинская служба должна быть способна успешно решать следующие задачи.

1. Установление и поддержание тесной, "локтевой" связи со строевыми подразделениями, в том числе ударными, первой линии, в условиях активного огневого противодействия противника, вплоть до гранатного боя.
2. Получение и обработка своими силами точных и актуальных сведений о ситуации на поле боя, маршрутах эвакуации, формах и участках активности противника и других факторах, влияющих на медицинское обеспечение войск.
3. Неуклонное поддержание прямой связи с передовыми подразделениями, в том числе помимо командования, своевременный мониторинг сообщений о потерях и принятие решений об оптимальных способах и формах незамедлительной помощи им.
4. Готовность к действию в любых условиях - ночью, в условиях ограниченной видимости (задымленность от пожаров в городской застройке, туман), на нейтральной территории, в тылу противника при его разряжённых боевых порядках.
5. Инженерное оборудование своих полевых позиций, прежде всего - пунктов сбора раненых в передовых порядках наших войск, допустимо весьма примитивное, зато в кратчайшие сроки и в надлежащих количествах.
6. Инженерное обеспечение собственных действий: инженерная разведка и обеспечение маршрутов продвижения (гати), разминирование и т.д.

Решать эти задачи предстоит в условиях, когда существенно уменьшились площади и масштабы сражений, имеющих принципиальное для исхода военной операции значение: чаще всего основное направление действий является единственным, площадь его не превышает десятка километров, а число непосредственных участников с одной стороны – одной – двух батальонных тактических групп.

Выводы.

На основании нашего опыта участия в боевых действиях, нами был сделан вывод: решение проблемы лежит в плоскости создания отдельной медицинской ударной роты корпусного подчинения, организационная структура которой, а также личный состав и имеющаяся в распоряжении техника оптимизированы под выполнение основных задач, перечисленных выше.

Оптимально она должна располагать следующей техникой и вооружением:

БМД-2 с комплексом ПТУР - 2 ед.

МТЛБВ с навесным землеройным оборудованием - 4 ед.

УРАЛ либо КАМАЗ тентованный, оборудованный для перевозки раненых, с лебёдкой - 2 ед.

АПП - 1 ед.

Автомобиль связной повышенной проходимости (НИВА либо УАЗ) - 2 ед.

Автомобиль санитарный эвакуационный УАЗ - 2 ед.

Гранатомёты АГС-17 (АГС-30) - 4 ед.

Пулемёты ПКМ (ПК) с тяжёлым стволом - 4 ед.

РПГ-7 - 2 ед. (полный спектр зарядов)

Одноразовые гранатомёты и огнемёты.

Личное стрелковое автоматическое вооружение - исключительно со складным прикладом, предпочтительно под патрон 7,62x39.

Радиостанции - портативные, строго для связи внутри роты, всё равно работающей связи между подразделениями мне за всю войну увидеть не удалось.

Необходимы также приборы ночного видения, желателен хотя бы один инфравизор - для действий в условиях ограниченной видимости, оружие бесшумной и беспламенной стрельбы - для обеспечения доразведки и проводки своих колонн, эвакуации раненых из состава разведывательных подразделений с нейтральной земли и из тылов противника, а также кевларовые бронежилеты и каски высокой степени защиты - для создания условий к работе непосредственно под огнём противника.

Личный состав должен включать не менее двух водителей на каждую единицу транспорта: как показал практический опыт, один водитель всё равно не может выполнять боевые и ремонтно-восстановительные задачи с надлежащей интенсивностью круглосуточно, быстро выходит из строя и машина оказывается без водителя. Кроме того, в состав подразделения обязательно должно входить не менее отделения (лучше два) для выполнения огневых и разведывательных задач при технике: по два пулемётчика либо гранатомётчика на каждую бронеединицу роты, они же могут решать задачи огневого обеспечения эвакуации раненых, доразведки и прикрытия колонны на этапе выдвижения, охранения и обороны медицинских пунктов в прифронтовой полосе. В составе этих отделений не менее двух человек должны иметь сапёрную подготовку. Обязательной является группа связи и управления. Чисто медицинская часть может быть существенно уменьшена по сравнению с обычной медротой: 4 врача, 4 фельдшера и 4 медсестры с успехом могут обеспечить функционирование основного полевого медицинского пункта при наступательных действиях бригады с приданными подразделениями на узком фронте.

Принципиальными моментами являются два: техника должна быть в идеальном состоянии, ситуация когда привезено штатное количество единиц техники, но фактически две трети из них не будут пригодны к применению никогда, здесь недопустима. Личный состав роты должны отличаться высоким боевым духом, решимостью и дисциплиной.

Заключение.

В истории человечества уже много раз бывало так, что империя со славными традициями долгих успешных войн, возводя в абсолют свой опыт прошлых вооружённых столкновений, не могла приспособиться к новым условиям боевых действий, и терпела в решающей схватке досадные поражения, которых легко можно было бы избежать, и от которых уже не могла оправиться. Учитывая, что в нашем случае, сейчас, когда идёт война на уничтожение глобального фашистского мирового правопорядка против России, этот сценарий скорее всего приведёт к тотальному геноциду нашего населения, уничтожению Православия и искоренению всякой возможности дальнейшего возрождения нашего народа, допустить такое развитие событий мы ни в коем случае не имеем права.