doi: 10.33266/2070-1004-2026-3-5-15
УДК 616-036.82:355.72

Оригинальная статья
© ФМБЦ им.А.И.Бурназяна

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТСТВА ПО ЛЕЧЕНИЮ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ – УЧАСТНИКОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ВОЕННОЙ ОПЕРАЦИИ

М.А.Ратманов[1]

[1] Федеральное медико-биологическое агентство, Москва, Россия

Резюме. *Цель исследования* – определить и проанализировать наиболее значимые итоги работы лечебных медицинских организаций (ЛМО) Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России, Агентство), привлекаемых для оказания специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации военнослужащих – участников Специальной военной операции (СВО), разработать и внести предложения по дальнейшему совершенствованию этой деятельности в условиях военных конфликтов.
Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе всех 25 лечебных медицинских организаций Агентства, в которых часть коечного фонда была задействована для оказания специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации военнослужащих – участников СВО в 2023–2025 гг. В исследовании использованы: нормативные и другие документы управленческой деятельности, регламентирующие порядок организации оказания медицинской помощи, лечения и реабилитации военнослужащих – участников СВО; отчётные материалы ЛМО и данные анкетного опроса 192 медицинских специалистов, в том числе руководящего состава медицинских организаций, вовлечённых в деятельность ЛМО, на базе которых проводилось исследование; научные публикации по теме исследования.
Методы исследования – методы статистической и экспертной оценки, аналитический метод, методы обобщения и контент-анализа, методы сравнения и описания.
Результаты исследования и их анализ. Представлены наиболее значимые показатели, характеризующие итоги работы ЛМО Агентства, в которых в 2023–2025 гг. оказывалась медицинская помощь, осуществлялись лечение и реабилитация преимущественно раненых военнослужащих – участников СВО. Внесены предложения о целесообразности дальнейшего совершенствования порядка участия ЛМО ФМБА России в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) раненых и больных военнослужащих в условиях военных конфликтов.

Ключевые слова: *больные, военнослужащие – участники Специальной военной операции, исходы лечения, коечный фонд, лечебные медицинские организации, лечение, медицинская реабилитация, пациенты, профиль коек, профиль раненых, раненые, Федеральное медико-биологическое агентство*

Для цитирования: *Ратманов М.А.* Некоторые итоги работы лечебных медицинских организаций Федерального медико-биологического агентства по лечению и медицинской реабилитации военнослужащих – участников Специальной военной операции // Медицина катастроф. 2026. №3. С. 5-15. doi: 10.33266/2070-1004-2026-3-5-15

doi: 10.33266/2070-1004-2026-3-5-15
UDC 616-036.82:355.72

Original article
© Burnasyan FMBC FMBA

SOME RESULTS OF THE WORK OF THE MEDICAL TREATMENT ORGANIZATIONS OF THE FEDERAL MEDICAL AND BIOLOGICAL AGENCY FOR THE TREATMENT AND MEDICAL REHABILITATION OF MILITARY PERSONNEL PARTICIPATING IN THE SPECIAL MILITARY OPERATION

M.A. Ratmanov[1]

[1] Federal Medical-Biological Agency, Moscow, Russian Federation

Summary. *The objective of the study* was to identify and analyze the most significant results of the work of the medical treatment organizations (MTO) of the Federal Medical and Biological Agency (FMBA of Russia, the Agency) involved in the provision of specialized medical care, treatment, and rehabilitation of military personnel participating in the Special Military Operation (SMO), and to develop and submit proposals for further improvement of these activities in military conflicts.
Materials and methods. The study was conducted at all 25 medical treatment organizations of the Agency, in which a portion of the hospital beds were used to provide specialized medical care, treatment, and rehabilitation of military personnel

participating in the SMO in 2023–2025. The study utilized the following: regulatory and other management documents governing the organization of medical care, treatment, and rehabilitation of military personnel participating in the SMO; MTO reporting materials and data from a questionnaire survey of 192 medical specialists, including the management of the medical organizations involved in the activities of the MTO, on which the study was conducted; and scientific publications on the topic of the study.
Research methods include statistical, expert assessment, and analytical methods, generalization and content analysis, and comparative and descriptive methods.
Research results and analysis. The paper presents the most significant indicators characterizing the performance of the Agency's MTO, which provided medical care, treatment, and rehabilitation, primarily to wounded military personnel participating in the Special Military Operations, from 2023 to 2025. Suggestions are made regarding the feasibility of improving the participation of the FMBA Russia MTO in the overall system of medical evacuation support for wounded and sick military personnel in military conflicts.

Key words: *bed profile, Federal Medical and Biological Agency, hospital bed capacity, medical rehabilitation, medical treatment facility, military personnel participating in the Special Military Operations, patient, treatment outcome, treatment, wounded person, wounded profile*

For citation: *Ratmanov M.A. Some Results of the Work of the Medical Treatment Organizations of the Federal Medical and Biological Agency for the Treatment and Medical Rehabilitation of Military Personnel Participating in the Special Military Operation. Meditsina Katastrof* = Disaster Medicine. 2026;3:5-15 (In Russ.). doi: 10.33266/2070-1004-2026-3-5-15

Контактная информация:
Ратманов Михаил Александрович – канд. мед. наук, Заместитель Руководителя Федерального медико-биологического агентства
Адрес: Россия, 123182, Москва, Волоколамское шоссе, 30, стр.1
Тел.: +7 (910) 985-20-97
E-mail: Ratmanovma@fmba.gov.ru

Contact information:
Mikhail A. Ratmanov – Cand. Sc. (Med.), Deputy Head of Federal Medical Biological Agency
Address: bldg. 1, 30, Volokolamskoye shosse, Moscow, 123182, Russia
Phone: +7 (910) 985-20-97
E-mail: Ratmanovma@fmba.gov.ru

Введение

Необходимость совершенствования и развития системы безопасности Российской Федерации является объективной потребностью, обусловленной современной военно-политической обстановкой[1,2]. Данное требование в полной мере относится к сфере здравоохранения страны, его готовности к успешному и устойчивому функционированию, особенно в условиях продолжительных и крупномасштабных военных конфликтов, в том числе к участию гражданского здравоохранения, включая медицинские силы и средства Федерального медико-биологического агентства (ФМБА России, Агентство), в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) раненых и больных военнослужащих (далее – раненые военнослужащие).

В ряде научных работ представлены результаты деятельности лечебных медицинских организаций (ЛМО) гражданского здравоохранения по оказанию медицинской помощи и лечению раненых военнослужащих в ходе ведения боевых действий [1, 2]. Следует отметить, что наиболее значимые научные труды посвящены опыту работы эвакуационных госпиталей тыла страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. [3–10]. Результаты этих исследований, выполненных в послевоенный период, явились основой для дальнейшего развития организационных технологий участия гражданского здравоохранения в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск в военное время. В современных условиях нельзя исключить, что некоторые организационные и другие вопросы работы этих медицинских учреждений могут иметь, в той или иной мере, как теоретическое, так и практическое значение для функционирования и итогов деятельности ЛМО гражданского здравоохранения, в которых могут быть задействованы койки для оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации военнослужащих во время военного конфликта. Об этом убедительно свидетельствует достаточно интенсивное и продолжительное участие ЛМО ФМБА России в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в период проведения Специальной военной операции (СВО), особенно при оказании специализированной медицинской помощи, лечении и реабилитации наиболее тяжелых пациентов [11–13].

За это время названные медицинские организации впервые приобрели существенный опыт не только лечебно-диагностической работы, но и других функциональных и необходимых видов деятельности, осуществляемых в ЛМО в необычных условиях выполнения штатных и дополнительных задач при наличии особых контингентов пациентов, прежде всего – с боевой хирургической травмой. Следует отметить, что указанные пациенты по своему физическому и психическому состоянию принципиально отличались от тех пациентов, которые лечились в данных ЛМО до начала СВО. Несомненно, что специалистами этих ЛМО достигнуты определенные результаты в лечении и медицинской реабилитации, которые нуждаются в анализе, обобщении и взвешенной оценке. Результаты такой работы могут служить, в той или иной мере, основанием для совершенствования порядка функционирования ЛМО, в которых выделяются койки для раненых военнослужащих, для создания более эффективных технологий организации и оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации таких пациентов как во время проведения СВО, так и в условиях других военных конфликтов.

По понятным причинам, представляемые в настоящей статье результаты исследования являются не окончательными. Вместе с тем, обработанные сплошным методом исходные данные достаточно обширного информационного массива позволяют утверждать о высокой

[1] Стратегия национальной безопасности Российской Федерации: Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 г. №400
[2] Военная доктрина Российской Федерации: Утв. Президентом Российской Федерации 25.12.2014 г. №Пр-2976

степени достоверности результатов выполненного исследования, о наличии устойчивых тенденций, характеризующих основные итоги работы всех ЛМО Агентства в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в ходе СВО.

Цели исследования – определить и проанализировать наиболее значимые итоги работы лечебных медицинских организаций Федерального медико-биологического агентства, привлекаемых для оказания специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации военнослужащих – участников Специальной военной операции; разработать и внести предложения по дальнейшему совершенствованию этой деятельности в условиях военных конфликтов.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе всех 25 лечебных медицинских организаций Агентства, в которых часть коечного фонда была задействована для оказания специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации военнослужащих – участников Специальной военной операции в 2023–2025 гг. В исследовании были использованы: нормативные и другие документы управленческой деятельности, регламентирующие порядок организации оказания специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации военнослужащих – участников СВО; отчётные материалы ЛМО и данные анкетного опроса 192 медицинских специалистов, в том числе руководящего состава медицинских организаций, вовлечённых в деятельность ЛМО, на базе которых проводилось исследование; научные публикации по теме исследования.

Методы исследования – статистический метод, метод экспертной оценки и аналитический метод; методы обобщения и контент-анализа, методы сравнения и описания.

Результаты исследования и их анализ. Изучение нормативных и других документов управленческой деятельности, научных работ и иных источников по теме настоящего исследования показало, что отдельные ЛМО ФМБА России принимали и продолжают принимать активное участие в общей системе оказания медицинской помощи, лечения и реабилитации раненых военнослужащих в период проведения СВО [11–13].

Известно, что одним из показателей, характеризующих в определенной мере качество организации проведения медицинской эвакуации, оказания медицинской помощи и лечения пациентов, а также фактором, влияющим в какой-то степени на продолжительность и исходы лечения, является срок их поступления в ЛМО после получения травмы, ранения или с начала заболевания [11, 14, 15]. С учетом такого положения, в целях более комплексного исследования деятельности ЛМО Агентства, специально выделенных для оказания специализированной медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации раненых военнослужащих – участников СВО, были изучены временны́е параметры их поступления в указанные медицинские организации.

В ходе выполнения работы было определено, что раненые военнослужащие направлялись (переводились) в ЛМО для лечения, как правило, из лечебных военно-медицинских организаций (военные госпитали), транспортировались из этих госпиталей в соответствующие ЛМО автосанитарным транспортом и поступали в указанные медицинские организации спустя восемь и более суток после ранения.

Следует обратить внимание на то, что перед тем, как поступить в военный госпиталь, они, в большинстве случаев, «проходили» не менее трех-четырех этапов медицинской эвакуации: войсковые медицинские подразделения и формирования; ЛМО приграничных субъектов Российской Федерации (далее – субъекты), в том числе сводные медицинские отряды (СМО) ФМБА России или военные госпитали, функционирующие в зоне СВО, а также эвакуационные приемники, где им оказывалась медицинская помощь в установленном объёме. В то же время лишь в три ЛМО Агентства (гг. Мариуполь, Энергодар, Курчатов) раненые военнослужащие поступали из войсковых медицинских подразделений и формирований. Например, как показало изучение данного вопроса, в первые двое суток после ранения или заболевания в «Многопрофильный медицинский центр» ФГБУ «Южный окружной медицинский центр ФМБА России» поступало до 11,0%, а в ФГБУ «Медико-санитарная часть №125 ФМБА России» (далее – МСЧ №125 ФМБА России) – 60–70% раненых от общего числа поступающих контингентов. При этом их бóльшая часть подлежала медицинской эвакуации в другие лечебные военно-медицинские организации и ЛМО гражданского здравоохранения, расположенные за пределами зоны СВО. Так, из МСЧ №125 ФМБА России (Курская область) 91,0% раненых были переведены в другие медицинские организации. Такая организация оказания медицинской помощи раненым военнослужащим и их медицинской эвакуации была обусловлена особенностями построения войск, ведущих боевые действия, и дислокацией (расположением) ЛМО Агентства на отдельных направлениях СВО.

На основе результатов изучения порядка поступления пациентов-военнослужащих в ЛМО ФМБА России, с учётом принципов логистических вариантов медицинской эвакуации – маршрутизации, интенсивного и всесторонне обоснованного применения авиационного и железнодорожного транспорта – можно предполагать, что в ряде случаев, а может быть и часто военные госпитали, из которых переводились пациенты-военнослужащие, не всегда были необходимым этапом медицинской эвакуации.

По нашему мнению, при наличии конкретного, хорошо обоснованного и официально принятого перечня контингентов раненых военнослужащих, подлежащих лечению в ЛМО гражданского здравоохранения, четкой системы межведомственного регламентированного взаимодействия по организации приема, распределения (диспетчеризации) и направления соответствующих контингентов раненых в ЛМО Агентства, данное организационное решение *можно было бы оптимизировать*. Закономерно возникает вопрос: Как достигнуть такого результата? В качестве рекомендации предлагается – при тщательном соблюдении вышеизложенных требований – из пунктов выгрузки транспортных средств (аэродром, железнодорожная станция, порт), прибывающих с ранеными, и при наличии показаний часть из них можно направлять непосредственно в ЛМО, минуя военные госпитали. Конечно, данная рекомендация требует более глубокого и всестороннего исследования и испытаний в ходе учений.

На основании изложенного позволительно констатировать, что органы управления и ЛМО ФМБА России приобрели определенный опыт приёма раненых военнослужащих, поступающих из лечебных военно-медицинских организаций в условиях ведения СВО. Однако, в условиях других военных конфликтов, обстановка может сложиться так, что раненых придётся принимать

непосредственно из очагов санитарных потерь. Данное обстоятельство указывает на необходимость более основательно, на научной основе, заниматься вопросами готовности ЛМО Агентства, предусматриваемых для приёма, оказания медицинской помощи и лечения отдельных контингентов раненых военнослужащих в условиях современных военных конфликтов.

В целях анализа, обобщения и взвешенной оценки деятельности ЛМО ФМБА России, участвующих в общей системе оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации раненых военнослужащих в период проведения СВО, требуется располагать данными об исходах их лечения. Кроме того, эти сведения необходимы при разработке и совершенствовании технологий, предназначаемых для применения в рамках указанной деятельности. Это касается, в первую очередь, таких показателей, как средние сроки лечения пациентов, доля лиц с длительным нарушением боеспособности и трудоспособности, доля инвалидизированных и умерших во время стационарного лечения. Названные показатели занимают особое место в статистике ЛЭО военнослужащих в ходе СВО в силу их большой социально-экономической значимости.

Безусловно, срок лечения раненых военнослужащих в определенной мере характеризует качество оказания медицинской помощи, оказываемой, прежде всего, в условиях стационаров ЛМО. Видимо, будет уместно кратко напомнить об этом понятии, так как в настоящее время оно довольно часто встречается в содержании нормативных и методических документов, в научных работах и публикациях на страницах различных медицинских изданий.

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ[3] указано, что под качеством оказания медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность её оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Следовательно, качество медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации раненых военнослужащих базируется на применении современных передовых технологий организации и оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых подтверждена в соответствии с принципами доказательной медицины. Кроме того, показатель «срок лечения» позволяет, в той или иной мере, судить о степени тяжести полученных ранений (травм) в результате боевых действий. Он также необходим для вычисления других показателей, например использования коечного фонда, для обоснования необходимости развертывания дополнительных коек соответствующего профиля и др.

Говоря о средних сроках лечения, следует обратить внимание на то, что в настоящем исследовании этот показатель в основном определялся у пациентов, имеющих боевую хирургическую травму. Вполне обоснованно возникает вопрос: Почему продолжительность лечения изучалась применительно к указанной категории пациентов? Данный выбор был продиктован следующими основными обстоятельствами: предусматриваемой структурой потока раненых военнослужащих, направляемых для оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации в ЛМО ФМБА России; потребностями раненых данного профиля и количеством коек, выделяемых для госпитализации прибывающих групп раненых, и возможным сроком их занятости; нуждаемостью раненых в применении наиболее сложных и дорогостоящих лечебно-диагностических технологий; необходимостью определения вероятного влияния сроков лечения раненых военнослужащих на плановое использование коечного фонда ЛМО в интересах медицинского обеспечения работников обслуживаемых объектов и населения соответствующих территорий; необходимостью получения исходных данных в целях определения номенклатуры и объёма требуемых для лечения пациентов медикаментов, медицинского и других видов имущества, в том числе для их медицинской реабилитации, ухода и содержания.

В ходе исследования было установлено, что общий средний срок лечения в ЛМО одного пациента из числа раненых военнослужащих составил 22,8 койко-дней. С учётом значимости данного показателя для практической деятельности ЛМО, прежде всего – для решения вопросов организации и оказания медицинской помощи и лечения соответствующих контингентов раненых, была определена и решалась задача по вычислению и изучению параметров (величин) данного показателя применительно к профилю пациентов (табл. 1).

Как видно из содержания табл. 1, наиболее продолжительные средние сроки лечения были у раненых в живот – 34,3 койко-дней, а средние сроки лечения пациентов общехирургического и травматологического профиля составили 31,5 и 27,6 койко-дней соответственно. При изучении сроков лечения раненых совершенно закономерно возник вопрос о наличии каких-либо отличий в продолжительности лечения раненых аналогичного профиля с аналогичной локализацией ранений в различных ЛМО. Оказалось, что такие отличия имели место.

Таблица 1 / Table No.1

Средние сроки лечения раненых военнослужащих в ЛМО ФМБА России

Average treatment times for wounded military personnel in medical facilities of the Federal Medical and Biological Agency of Russia

Профиль пациентов	Количество ЛМО, осуществляющих лечение пациентов данного профиля, абс.	Общий средний срок лечения пациентов данного профиля, койко-день
Общехирургические	22	31,5
Травматологические	17	27,6
Нейрохирургические	9	23,7
Офтальмологические	2	25,0
Оториноларингологические	4	20,3
Челюстно-лицевые	2	20,4
Торакальные	2	14,3
Абдоминальные	4	34,3
Сердечно-сосудистой хирургии	3	20,5
Комбустиологические	1	21,0
Терапевтические	2	9,0
Прочие	6	26,3

[3] Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ

Так, например, у раненых общехирургического профиля они колебались от 14,0 до 32,1койко-дней (в отдельных случаях – и более), у раненых травматологического профиля – от 17,6 до 33,4; у раненых нейрохирургического профиля – от 19,8 до 43,3 койкодней. Такие колебания сроков лечения позволяют говорить о степени травматизации тех или иных областей тела в зависимости от особенностей ведения вооруженной борьбы и применения поражающих средств, а также от численности и сроков лечения раненых, подлежащих направлению (переводу) из лечебных военно-медицинских организаций в ЛМО Агентства.

Вышеперечисленные результаты исследования указывают на то, что в тех ЛМО, в которых средний срок лечения раненых с поражением тех или иных областей тела превышал общий средний показатель продолжительности стационарного лечения раненых с аналогичной локализацией, находились на лечении тяжелораненые. Можно, однако, предположить, что в разных ЛМО на фоне не столь оптимального методического сопровождения их деятельности использовались методы и методики лечения раненых с различной степенью эффективности. В истории отечественного здравоохранения таких случаев достаточно много. Так, например, в годы Великой Отечественной войны в конце 1942 г. была проанализирована продолжительность лечения раненых в госпиталях различных эвакуационных пунктов тыла страны. Оказалось, что сроки лечения раненых с повреждением кости бедра составили: в эвакуационных госпиталях Самаркандского эвакопункта – 112 дней, Молотовского (ныне – Пермский край) – 198, Читинского – 155, Новосибирского эвакопункта – 93 дня [3, 4]. При изучении причин резких колебаний в сроках лечения было выявлено, что раненным в бедро, поступающим в госпитали Новосибирского эвакопункта, практически сразу после госпитализации выполнялась ампутация конечности. Поэтому в значительной мере срок лечения таких раненых в госпиталях данного эвакопункта был менее продолжительным, а раненых переводили на инвалидность. В то же время в госпиталях других эвакопунктов врачи длительное время лечили осложнения ранений, прежде всего, остеомиелита, и боролись за сохранение конечности. В данном случае срок лечения этих раненых был продолжительным, но при этом сохранялась конечность даже в случаях длительного нарушения функции [3, 4].

Приведенный пример, с одной стороны, говорит о наличии неполноценного централизованного единого методического руководства, с другой – о недостаточном уровне квалификации медицинских специалистов, работающих в госпиталях, по вопросам лечения раненых с огнестрельными ранениями.

Что касается современных условий, то в некоторых нормативных и методических документах и научных работах указывается на недостаточный уровень профессиональной подготовки медицинских кадров к наиболее эффективному оказанию медицинской помощи и лечению раненых с боевой хирургической травмой и травмированных в результате, например, дорожно-транспортных происшествий (ДТП), особенно с сочетанными и множественными ранениями (травмами) – [15, 16]. Следует признать, что эта проблема не потеряла своей актуальности в настоящее время.

Вышеизложенное предположение нуждается в отдельном специальном исследовании.

При изучении исходов лечения раненых военнослужащих, лечившихся в условиях стационаров ЛМО Агентства, установлено, что за исследуемый период 29,6% пациентов были выписаны с полным выздоровлением; 70,1 – с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности и инвалидизацией, а доля пациентов, умерших в стационарах медицинских организаций, составила 0,3%. В целях более глубокого исследования и оценки тяжести состояния пациентов предпринята попытка дать количественно-качественную характеристику исходов лечения пациентов с учетом их профиля (табл. 2).

Таблица 2 / Table No.2

Распределение исходов лечения раненых военнослужащих в зависимости от их профиля, лечившихся в условиях стационаров ЛМО ФМБА России, %

Distribution of treatment outcomes for wounded military personnel depending on their profile, treated in hospitals of medical treatment organizations of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, %

Профиль пациентов	Исходы лечения			Переведены в другую ЛМО	Итого
	выписаны		умерли в ЛМО		
	с полным выздоровлением	с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности, инвалидизацией			
Общехирургические	38,2	59,0	0,3	2,5	100,0
Травматологические	29,3	65,8	0,5	4,4	100,0
Нейрохирургические	10,2	77,0	0,1	12,7	100,0
Офтальмологические	–	100,0	-	-	100,0
Оториноларингологические	32,2	64,3	-	3,5	100,0
Челюстно-лицевые	15,0	25,0	-	60,0	100,0
Торакальные	18,3	74,9	-	6,8	100,0
Абдоминальные	21,7	73,1	-	5,2	100,0
Сердечно-сосудистой хирургии	5,0	89,5	-	5,5	100,0
Комбустиологические	15,0	70,0	-	15,0	100,0
Терапевтические	59,7	40,3	-	–	100,0
Прочие	49,9	46,1	-	4,0	100,0

Данные, содержащиеся в табл. 2, указывают на то, что наибольшая доля выписанных с полным выздоровлением была среди пациентов общехирургического (38,2%), оториноларингологического (32,2%) и травматологического (29,3%) профиля. В то же время доля раненых, выписанных с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности и инвалидизацией, среди пациентов таких профилей, как офтальмологические, сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургические, торакальные, абдоминальные, являлась наибольшей и составляла 100,0; 89,5; 77,0; 74,9 и 73,1% соответственно.

Необходимо обратить внимание на то, что в ЛМО, выделенных для оказания медицинской помощи и лечения раненых военнослужащих, вышеназванные показатели исходов лечения были подвержены достаточно существенным колебаниям. Так, доля раненых общехирургического профиля, выписанных с полным выздоровлением, колебалась в пределах от 5,1 до 74,0%; травматологического профиля – от 6,6 до 54,0% и более, а доля раненых общехирургического профиля, выписанных с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности и инвалидизацией, колебалась от 16,0 до 88,6%, травматологического профиля – от 24,0 до 87,0%.

При выполнении исследования возникла потребность в решении частной задачи, заключающейся в определении доли тех или иных пациентов в общем числе пациентов, стационарно лечившихся в ЛМО и выписанных с полным выздоровлением и с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности и инвалидизацией, применительно к их профилю (табл. 3).

С одной стороны, такие данные характеризуют структуру входящего потока раненых военнослужащих, поступавших и лечившихся в ЛМО ФМБА России, а с другой, говорят, в определенной мере, о тяжести их состояния.

Из табл. 3 видно, что в общем числе пациентов, выписанных из ЛМО с полным выздоровлением, наибольшую долю составляли пациенты общехирургического (30,3%), травматологического (23,6%), оториноларингологического (9,6%) и нейрохирургического (7,1%) профиля. В общем числе пациентов, выписанных с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности и инвалидизацией, доля пациентов травматологического, общехирургического, нейрохирургического и абдоминального профиля составляла 28,6; 20,1; 16,7 и 9,6% соответственно. Обращают на себя внимание также результаты исследования, касающиеся: сроков лечения более или менее одинаковых контингентов раненых; отдаленности ЛМО, в которых лечились данные пациенты, от зоны СВО; доли раненых, выписанных по завершении лечения с полным выздоровлением без изменения степени годности к службе. Результаты сопоставления и анализа указанных данных дают возможность сделать два принципиально значимых вывода: первый – при принятии организационного решения об отдаленности ЛМО, в которых во время военного конфликта предусматривается лечить раненых военнослужащих, целесообразно их эшелонировать с учетом возможных сроков лечения и прогнозируемых исходов лечения соответствующих контингентов раненых, направляемых в эти медицинские организации; второй – вряд ли целесообразно осуществлять медицинскую эвакуацию и лечение раненых, степень годности к службе которых по завершении лечения явно не изменится – в ЛМО, находящиеся на значительном удалении от театра военных действий.

При определении и изучении исходов лечения пациентов-военнослужащих было выявлено, что часть из них для дальнейшего лечения переводилась из одних ЛМО в другие медицинские организации (см. табл. 2). Исходя из этого обстоятельства и цели исследования была определена структура контингента переведенных пациентов с учётом их профиля (табл. 4).

Необходимо отметить, что на число и структуру контингента переводимых пациентов и, следовательно, на величину данного показателя могли влиять несколько

Таблица 3 / Table No.3

Распределение раненых военнослужащих, выписанных из ЛМО ФМБА России, по исходам их лечения и профилю пациентов, %

Distribution of wounded military personnel discharged from medical treatment facilities of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, by the outcomes of their treatment and patient profile, %

Профиль пациентов	Пациенты, выписанные с полным выздоровлением		Пациенты, выписанные с длительным нарушением боеспособности, трудоспособности, инвалидизацией	
	доля в общем числе пациентов данного профиля	доля в общем числе всех выписанных пациентов	доля в общем числе пациентов данного профиля	доля в общем числе всех выписанных пациентов
Общехирургические	38,2	30,3	59,0	20,1
Травматологические	29,3	23,6	65,8	28,6
Нейрохирургические	10,2	7,1	77,0	16,7
Офтальмологические	–	–	100,0	2,6
Оториноларингологические	32,2	9,6	64,3	5,3
Челюстно-лицевые	15,0	1,8	25,0	1,3
Торакальные	18,3	3,2	74,9	2,1
Абдоминальные	21,7	3,9	73,1	9,6
Сердечно-сосудистой хирургии	5,0	0,4	89,5	2,6
Комбустиологические	15,0	1,8	70,0	3,7
Терапевтические	59,7	6,1	40,3	2,6
Прочие	49,9	12,2	46,1	4,8

Таблица 4 / Table No.4

Распределение контингента раненых военнослужащих, лечившихся в ЛМО ФМБА России и переведённых в другие медицинские организации, по их профилю, %

Distribution of the contingent of wounded military personnel treated in medical treatment organizations of the Federal Medical and Biological Agency of Russia and transferred to other medical organizations, according to their profile, %

Профиль пациентов	Доля в общем числе переведённых пациентов данного профиля	Доля в общем числе всех переведённых пациентов
Общехирургические	40,0	26,7
Травматологические	23,8	13,2
Нейрохирургические	34,9	13,6
Офтальмологические	100,0	5,6
Оториноларингологические	20,0	2,2
Челюстно-лицевые	60,0	6,7
Торакальные	89,0	14,9
Абдоминальные	53,3	8,9
Сердечно-сосудистой хирургии	95,0	5,3
Комбустиологические	15,0	1,7
Прочие	11,3	1,2

факторов (условий), основными из которых являются: недостаточно чёткий регламент конкретных показаний, определяющих необходимость направления раненых военнослужащих для оказания специализированной медицинской помощи и лечения в ЛМО Агентства; ошибки, допущенные специалистами военно-медицинских организаций при определении пациентов, направляемых для дальнейшего лечения в ЛМО ФМБА России; отсутствие или ограниченные ресурсы и возможности ЛМО, не позволяющие обеспечить оказание необходимой специализированной медицинской помощи и лечение пациентов в требуемом объёме и в оптимальные сроки; недостаточная проработка вопросов и невысокое качество маршрутизации пациентов. О вышеперечисленных причинах перевода пациентов указывается в материалах отчётов ЛМО, об этом также свидетельствуют результаты экспертной оценки. Так, 70,3% экспертов (n=135) считали, что указанные причины перевода пациентов имели место в деятельности ЛМО; 21,4 (n=41) – сомневались в их чётко выраженном присутствии; 8,3% экспертов (n=16) – не смогли дать конкретный ответ по существу вопроса.

В настоящем исследовании не ставилась задача всестороннего изучения указанных причин и степени их влияния на перевод пациентов. Однако полученные в ходе исследования результаты достаточно убедительно указывают на их присутствие и обозначают направления по принятию мер, способных исключить или минимизировать влияние этих причин (факторов) на необоснованные переводы раненых военнослужащих, направляемых для лечения как в ЛМО ФМБА России, так и, возможно, в ЛМО гражданского здравоохранения в целом. Такие меры могут повысить качество организации оказания медицинской помощи и лечения в условиях военных конфликтов.

Данные табл. 4 говорят о том, что большую часть переведенных пациентов составляли раненые общехирургического (26,7%), торакального (14,9%), нейрохирургического (13,6%) и травматологического (13,2%) профиля. Величину доли переведенных пациентов, с учётом их профиля, в определённой мере можно объяснить их соответствием структуре потока раненых, входящего в ЛМО. С учётом изложенного, целесообразно обратить внимание на следующие особенности. В соответствии с реализацией специального Постановления Правительства Российской Федерации три ЛМО Агентства, о которых говорилось выше, в исследуемый период практически функционировали в зоне СВО. При таких условиях их работы более 90,0% раненых военнослужащих, поступавших в эти медицинские организации, подлежали переводу в другие ЛМО, расположенные на значительном удалении от зоны СВО, что, безусловно, повлияло на величину указанного показателя.

Опыт работы ЛМО Агентства по оказанию медицинской помощи и лечению участников СВО указывает на необходимость и важность организации и осуществления, начиная с ранних этапов лечения, комплексной реабилитации пациентов. Основной целью выполнения данного комплекса мероприятий являлось максимально возможное восстановление физического и психического здоровья пациентов, возвращение их к профессиональной деятельности и трудовым процессам и минимизация инвалидизации. Целевой вектор реабилитации осуществлялся специалистами ЛМО на основе положений нормативно-методических документов и результатов научных работ, посвященных проблемам медицинской реабилитации раненых с современной боевой травмой [17–19].

При изучении данного вопроса по документам управления и материалам отчётов ЛМО ФМБА России установлено, что для медицинской реабилитации таких пациентов в 2024 и 2025 гг. были задействованы койки в 7 и 10 медицинских организациях соответственно, в которые раненые поступали из военных госпиталей. В названные годы только в одной из этих организаций – ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии» ФМБА России (далее – ФНКЦ МР и К ФМБА России) выделялись койки исключительно для медицинской реабилитации, а в остальных они использовались также для лечения пациентов хирургического профиля. Доля реабилитационных коек в общем числе всех коек, выделенных ФМБА России для раненых военнослужащих, составляла в 2024 и 2025 гг. 27,2 и 23,9% соответственно. Следует отметить, что количество реабилитационных коек, выделенных в 2025 г., было увеличено по сравнению с 2024 г. на 15,4%. При такой динамике выделения коек число пациентов, которые прошли реабилитацию в 2025 г., увеличилось в 3,7 раза. В то же время доля пациентов, фактически прошедших медицинскую реабилитацию, составляла в общем числе пролеченных пациентов 20,8 и 26,7% соответственно. Необходимо обратить внимание на то, что доля пациентов в общем числе прошедших реабилитацию в ФНКЦ МР и К ФМБА России в 2024 и 2025 гг. составляла 56,9 и 52,5% соответственно, а во всех остальных ЛМО ФМБА России – 43,1 и 47,5% соответственно.

Сопоставление этих результатов исследования даёт основание предполагать, что в 2024 г. койки, выделенные в ЛМО Агентства для медицинской реабилитации пациентов, использовались не столь интенсивно. Такое положение можно подтвердить следующими примерами: в ФГБУ «Мурманский многопрофильный центр имени Н.И.Пирогова» ФМБА России было выделено 10 реабилитационных коек, однако в течение года курс медицинской реабилитации не прошел ни один пациент; в ФГБУ «ГНЦ – Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И.Бурназяна» ФМБА России было выделено 38 таких коек, а медицинскую реабилитацию

прошли только 72 пациента. Причин этого, видимо, несколько. Не исключено, что это связано с качеством межведомственного взаимодействия и планирования использования коечного фонда, имеющимися ресурсами здравоохранения в целом, неупорядоченностью отбора пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации в медицинских организациях гражданского здравоохранения, и их маршрутизацией.

В интересах организации, в том числе планирования и всестороннего обеспечения осуществления полноценной реабилитации пациентов, а также с целью совершенствования содержания и технологий реабилитации определена структура выделяемых коек по их профилю (табл. 5).

Из содержания табл. 5 видно, что в ЛМО Агентства для медицинской реабилитации раненых военнослужащих выделялись койки в основном по четырём профилям, причем доля коек отдельно взятого профиля практически из года в год существенно не менялась. Наибольшее количество коек выделялось для пациентов с нарушением функций костно-мышечной и периферической нервной системы, на долю которых приходилось 52,6–55,9 и 32,8–34,2% коек соответственно. В 2024 и 2025 гг. в ФНКЦ МР и К ФМБА России доля коек для пациентов с нарушением функций центральной нервной системы составила 18,3 и 21,7% соответственно, а общая доля пациентов с нарушением функций периферической нервной и костно-мышечной системы – 81,7 и 78,3% соответственно.

Результаты исследования профилизации коек, выделяемых для реабилитации названных пациентов, обусловили необходимость определения структуры контингента пациентов, которым была проведена медицинская реабилитация. Итоги этой работы отражены в табл. 6.

При сопоставлении данных табл. 5 и 6 видно, что в соотношении долей профильных коек и профиля пациентов, прошедших медицинскую реабилитацию, имеется определённое соответствие. Так, доли пациентов с нарушением функций костно-мышечной системы и периферической нервной системы были наибольшими и составляли 55,2–55,3 и 33,0–32,8% соответственно. В то же время в 2024 и 2025 гг. в ФГБУ НКЦ МР и К ФМБА России доля пациентов с нарушением функций центральной нервной системы (ЦНС) составляла 14,4 и 21,1% соответственно, что более чем в два раза превосходит аналогичные показатели в других ЛМО, а совместная доля лиц с нарушением функций периферической нервной и костно-мышечной системы составляла 85,6 и 78,9% соответственно.

Все это свидетельствует о наличии отличий в структуре как реабилитационных коек, так и пациентов, получивших медицинскую реабилитацию, в приоритетах её проведения с учётом профиля пациентов и специализации деятельности ЛМО.

На обосновании значимости данных, характеризующих продолжительность реабилитационных курсов, проводимых пациентам с учётом их профиля, видимо – детально останавливаться нецелесообразно. Стоит лишь напомнить, что этот показатель необходим: при планировании использования коечного фонда соответствующего профиля; при определении потребности в медицинских работниках и специалистах других нужных специальностей; при определении медицинского имущества, приборов, аппаратов и иных материальных средств, требуемых для проведения медицинской реабилитации. Безусловно, он указывает также на тяжесть ранений и заболеваний у пациентов. В ходе выполнения исследования установлено, что средние сроки медицинской реабилитации составляли: у пациентов с нарушением функций центральной нервной системы – 31,6 койко-дней; с нарушением функций периферической нервной системы – 29,5; с нарушением функций костно-мышечной системы – 30,6; у пациентов с соматическими заболеваниями – 22,9 койко-дней.

Наиболее продолжительные сроки медицинской реабилитации имели место в ФГБУ «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий» ФМБА России, где они составляли по указанным профилям – 57,8; 50,6; 50,8 и 41,7 койко-дней соответственно. В то же время величины аналогичных показателей деятельности ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр» ФМБА России оказались по всем четырём профилям пациентов практически в два раза меньше среднестатистических, что требует дополнительного изучения и определения причин такого положения.

Одним из важных результатов работы медицинских организаций Агентства по восстановительной медицине явилась разработка и начальная стадия становления системы комплексной реабилитации раненых военнослужащих. В январе 2025 г. совместно с Государственным фондом «Защитники Отечества» и предприятием «Центр инноваций в травматологии и ортопедии» Государственной корпорации для содействия в разработке, производстве и экспорте высокотехнологичной промышленной продукции гражданского и военного назначения (ГК «Ростех») в ФГБУ НКЦ МР и К ФМБА России был создан первый в России Протезно-реабилитационный комплекс. В рамках этого проекта

Таблица 5 / Table No.5

Структура коек, задействованных для реабилитации раненых военнослужащих в ЛМО ФМБА России в 2024–2025 гг., %

The structure of beds used for the rehabilitation of wounded military personnel in medical treatment facilities of the Federal Medical and Biological Agency of Russia in 2024–2025, %

Профиль коек	Доля коек в их общем количестве	В том числе по годам	
		2024	2025
Для пациентов с нарушением функций центральной нервной системы	6,6	5,7	7,5
Для пациентов с нарушением функций периферической нервной системы	33,6	32,8	34,2
Для пациентов с нарушением функций костно-мышечной системы	54,1	55,9	52,6
Для пациентов с соматическими заболеваниями	5,7	5,6	5,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Примечание. В табл. 5 не включены данные по ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии» ФМБА России

Таблица 6 / Table No.6

Распределение раненых военнослужащих, прошедших медицинскую реабилитацию в ЛМО ФМБА России в 2024–2025 гг., по их профилю, %

Distribution of patients from among wounded military personnel, who underwent medical rehabilitation in medical treatment facilities of the Federal Medical and Biological Agency of Russia in 2024-2025, according to their profile, %

Профиль пациентов	Доля в общем числе пациентов, прошедших реабилитацию	В том числе по годам	
		2024	2025
Нарушение функций центральной нервной системы	7,5	5,5	8,1
Нарушение функций периферической нервной системы	33,0	32,8	33,0
Нарушение функций костно-мышечной системы	55,2	55,3	55,2
Соматические болезни	4,3	6,4	3,7
Всего	100,0	100,0	100,0

Примечание. В табл. 6 не включены данные по ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр медицинской реабилитации и курортологии» ФМБА России

впервые организован полный цикл комплексной реабилитации, включающий все основные компоненты: медицинские, психологические, социальные, образовательные, а также физическую реабилитацию с использованием адаптивного спорта. Реализация всех компонентов комплексной реабилитации на базе одной медицинской организации не только значительно улучшила восстановление нарушенных функций, но и ускорила ресоциализацию инвалидизированных военнослужащих и привела к нормализации их психоэмоциональной сферы, тем самым сократив сроки реабилитации до 35–40 дней [13].

При изучении документов управленческого характера, опыта организации медицинской реабилитации раненых военнослужащих СВО и отчётов ЛМО о данном виде деятельности определены не только основные итоги работы ЛМО ФМБА России в рамках названного направления их функционирования, но и выявлен ряд проблемных вопросов, к которым, прежде всего, относятся: несовершенство нормативного регулирования и методического сопровождения медицинской реабилитации; отсутствие чётких единых подходов к порядку направления, в том числе документооборота и его содержания, на медицинскую реабилитацию раненых военнослужащих в медицинские организации Агентства. Это создавало трудности при планировании выделения и применения соответствующих медицинских сил и средств – приводило к неравномерному поступлению в медицинские организации пациентов для медицинской реабилитации и к простою реабилитационных коек. Поступление значительного числа пациентов с сочетанной травмой требовало организации и осуществления в ходе медицинской реабилитации привлечения различных медицинских специалистов; увеличения объёма работы по медицинской реабилитации, связанной с выделением в медицинских организациях коек для реабилитации пациентов-военнослужащих; обусловливало необходимость выполнения мероприятий по профессиональной подготовке медицинских специалистов; приводило к перераспределению и усилению кадрового потенциала и материально-технической базы соответствующих отделений и, одновременно, к отсутствию обратной связи о состоянии пациентов, прошедших курс медицинской реабилитации. Кроме того, это затрудняло и ограничивало возможность объективной оценки эффективности медицинской реабилитации, приводило к задержкам в принятии и оформлении решений военно-врачебных комиссий о пациентах, завершивших курс медицинской реабилитации, что, в свою очередь, увеличивало сроки, рекомендуемые для медицинской реабилитации, сроки пребывания пациентов в медицинских организациях, а также негативно влияло на эффективность использования выделенных коек для медицинской реабилитации. Следует отметить, что решение многих проблемных вопросов требует, как правило, принятия мер межведомственного характера.

Результаты исследования свидетельствуют о необходимости создания современной нормативной и методической базы, чётко определяющей порядок задействования коечного фонда медицинских организаций ФМБА России и функционирования таких организаций при проведении медицинской реабилитации раненых военнослужащих в условиях СВО и других военных конфликтов. В этих документах предлагается отразить *следующие основные положения:* регламент отбора конкретных контингентов раненых военнослужащих, подлежащих направлению для медицинской реабилитации в медицинские организации Агентства; порядок направления на медицинскую эвакуацию и ее проведение с соблюдением принципов маршрутизации раненых военнослужащих, направляемых для медицинской реабилитации из военно-медицинских организаций в медицинские организации Агентства; перечень, формат и образцы необходимых документов (стандартный пакет документов), введенных в действие и используемых при направлении военнослужащих для медицинской реабилитации в медицинские организации гражданского здравоохранения; порядок организации и проведения контроля качества реабилитации пациентов, находящихся в медицинских организациях Агентства; порядок организации и проведения военно-врачебной экспертизы пациентов, завершивших курс медицинской реабилитации в медицинских организациях Агентства; порядок формирования и бесперебойного функционирования системы межведомственного взаимодействия и обмена информацией в рамках данного направления деятельности; порядок заблаговременного информирования с соблюдением установленных правил соответствующих органов управления и медицинских организаций Агентства военно-медицинскими органами управления и руководством военно-медицинских организаций о вероятных сроках, численности и структуре направляемых контингентов для медицинской реабилитации; порядок осуществления статистического наблюдения, формы статистического учёта и отчётности, регламент представления отчётов; порядок урегулирования конфликта интересов при осуществлении медицинской реабилитации раненых военнослужащих.

Анализ результатов исследования дает основание утверждать, что количество и структура специализированных коек, выделяемых в ЛМО Агентства в целях оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации пациентов военнослужащих в период проведения СВО, в основном, соответствовали входящему потоку раненых.

Видимо, будет уместно напомнить, что под инвалидностью понимается стойкое длительное нарушение трудоспособности или её значительное ограничение, вызванное последствием ранения (поражения) или заболевания, полученного в результате боевых действий. В данном исследовании применительно к участникам боевых действий в период проведения СВО такое толкование этого понятия ни в коем случае не расходится с классическим определением.

Тяжесть инвалидности может быть различной: от ограничения трудоспособности в основной профессии до её полной утраты во всех видах профессиональной деятельности. С учетом того, что инвалидность – это не столько медицинский фактор, сколько социальный показатель, в настоящей работе специально не выделяются соответствующие группы инвалидности, а результаты (сведения) излагаются в целом по группе пациентов, выписанных по завершении лечения из ЛМО с длительным нарушением боеспособности и трудоспособности.

Что касается пациентов, умерших во время лечения в стационарах ЛМО, то в их общем числе доля раненых травматологического, общехирургического и нейрохирургического профиля составляла 0,5; 0,3 и 0,1% соответственно (см. табл. 2). Так как доля таких пациентов была не столь велика, о чем свидетельствуют результаты исследования, они не подвергались более детальному изучению.

Заключение

Результаты исследования, характеризующие исходы лечения раненых военнослужащих в ЛМО ФМБА России за исследуемый период проведения СВО, свидетельствуют не только о тяжести ранений, но и, в той или иной мере, говорят о возможных потребностях и особенностях организации и проведения лечебно-диагностической работы, осуществляемой в процессе лечения и медицинской реабилитации таких пациентов.

Среднестатистические показатели исходов лечения позволяют сформировать и иметь представление об исходах лечения пациентов в основном с боевой хирургической травмой. Они раскрывают суть исходов лечения по локализации ранений, что дает основание медицинским специалистам делать определенные организационные и клинические выводы о заблаговременной подготовке медицинских сил и средств ФМБА России к работе в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых военнослужащих, а также в ходе организации и оказания медицинской помощи, лечения и медицинской реабилитации соответствующих контингентов, направляемых в ЛМО Агентства в условиях военных конфликтов.

Полученные при выполнении исследования результаты исходов лечения и величины (параметры) среднестатистических показателей могут быть в определенной мере использованы для сравнения с результатами работы ЛМО, подведомственных Минздраву России, высшим исполнительным органам власти субъектов, ФМБА России, в которых оказывалась медицинская помощь, осуществлялись лечение и медицинская реабилитация раненых военнослужащих в ходе ведения СВО.

В целях проведения всестороннего анализа и обобщения объективной оценки деятельности ЛМО ФМБА России, участвующих в общей системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых военнослужащих в период проведения СВО, а также для совершенствования и разработки организационных и клинических технологий применения медицинских сил и средств ФМБА России в условиях военных конфликтов целесообразно запланировать выполнение специальной комплексной междисциплинарной научной работы, а также исследований по отдельным проблемам межведомственного взаимодействия.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. *Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С.* Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг. М.: Медицина, 1985. С.168-188.
2. *Кузин М.К.* Советская медицина в годы Великой Отечественной войны. М.: Медицина, 1979. 240 с.
3. *Смирнов Е.И.* Война и военная медицина. 1939–1945 годы. М.: Медицина, 1979. 524 с.
4. *Смирнов Е.И.* Проблемы военной медицины. М., 1944.
5. *Ростоцкий И.Б.* Тыловые эвакогоспитали: Очерки по организации лечения раненых и больных воинов Советской Армии в тыловых эвакогоспиталях. М.: Медицина, 1967. 80 с.
6. *Селиванов В.И., Селиванов Е.Ф.* Роль эвакуационных госпиталей Народного комиссариата здравоохранения в лечении раненых и больных советских воинов // Советское здравоохранение. 1975. №5. С. 21-26.
7. *Бархатов П.С.* Итоги работы эвакогоспиталей в тыловых районах страны за годы Великой Отечественной войны // Труды четвёртого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С. 11-28.
8. *Жичин А.И.* Итоги лечения раненых в эвакогоспиталях Наркомздрава РСФСР // Труды четвёртого пленума Госпитального совета НКЗ СССР и РСФСР. М.: Медгиз, 1946. С.48-55.
9. *Миловидов С.И.* Итоги и задачи работы эвакогоспиталей Наркомздрава СССР // Советское здравоохранение. 1942. №5-6. С. 17-25.
10. *Третьяков А.Ф.* Сроки лечения в эвакогоспиталях. М.: Медгиз, 1944. 67 с.

REFERENCES

1. Ivanov N.G., Georgiyevskiy A.S., Lobastov O.S. *Sovetskoye Zdravookhraneniye i Voyennaya Meditsina v Velikoy Otechestvennoy Voyne 1941–1945* = Soviet Health Care and Military Medicine in the Great Patriotic War of 1941–1945. Moscow, Meditsina Publ., 1985. P.168-188 (In Russ.).
2. Kuzin M.K. *Sovetskaya Meditsina v Gody Velikoy Otechestvennoy Voyny* = Soviet Medicine during the Great Patriotic War. Moscow, Meditsina Publ., 1979. 240 p. (In Russ.).
3. Smirnov Ye.I. *Voyna i Voyennaya Meditsina. 1939–1945 Gody* = War and Military Medicine. 1939–1945. Moscow, Meditsina Publ., 1979. 524 p. (In Russ.).
4. Smirnov Ye.I. *Problemy Voyennoy Meditsiny* = Problems of Military Medicine. Moscow Publ., 1944. 236 p. (In Russ.).
5. Rostotskiy I.B. *Tylovyye Evakogospitali: Ocherki po Organizatsii Lecheniya Ranenykh i Bol'nykh Voinov Sovetskoy Armii v Tylovykh Evakogospitalyakh* = Rear Evacuation Hospitals: Essays on the Organization of Treatment of Wounded and Sick Soldiers of the Soviet Army in Rear Evacuation Hospitals. Moscow, Meditsina Publ., 1967. 80 p. (In Russ.).
6. Selivanov V.I., Selivanov Ye.F. The Role of Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health in the Treatment of Wounded and Sick Soviet Soldiers. *Sovetskoye Zdravookhraneniye* = Soviet Health Care. 1975;5:21-26 (In Russ.).
7. Barkhatov P.S. Results of the Work of Evacuation Hospitals in the Rear Regions of the Country During the Great Patriotic War. *Trudy Chetvortogo Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSRP* = Proceedings of the Fourth Plenum of the Hospital Council of the People's Commissariat of Health of the USSR and the RSFSR. Moscow, Medgiz Publ., 1946. P. 11-28 (In Russ.).
8. Zhichin A.I. Results of the Treatment of the Wounded in Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health of the RSFSR. *Trudy Chetvortogo Plenuma Gospital'nogo Soveta NKZ SSSR i RSFSRP* = Proceedings of the Fourth Plenum of the Hospital Council of the People's Commissariat of Health of the USSR and the RSFSR. Moscow, Medgiz Publ., 1946. P. 48-55 (In Russ.).
9. Milovidov S.I. Results and Tasks of the Evacuation Hospitals of the People's Commissariat of Health of the USSR. *Sovetskoye Zdravookhraneniye* = Soviet Health Care. 1942;5-6:17-25 (In Russ.).

11. *Тришкин Д.В.* Особенности организации медицинского обеспечения вооруженных конфликтов в современных условиях // Организация оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим: от поля боя до высоких технологий. М.: РАН, 2024. С. 6-11.

12. Об итогах работы Федерального медико-биологического агентства в 2024 году и задачах на 2025 год // Материалы коллегии ФМБА России. М.: ФМБА России, 2025.138 с.

13. Об итогах работы Федерального медико-биологического агентства в 2025 году и задачах на 2026 год // Материалы коллегии ФМБА России. М.: ФМБА России, 2026.138 с.

14. *Баранова Н.Н.* Медицинская эвакуация пострадавших в чрезвычайных ситуациях: Дис. ... док. мед. наук. СПб., 2022. 617 с.

15. *Попов В.П.* Совершенствование системы организации экстренной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации: Дис. ... док. мед. наук. Екатеринбург, 2014. 338 с.

16. *Баранов А.В.* Система организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на федеральных автодорогах в регионах России с низкой плотностью населения: Дис. ... докт. мед. наук. М., 2023. 231 с.

17. Медицинская реабилитация лиц с боевой травмой: Временные методические рекомендации (пакет мероприятий). М., 2024. 384 с.

18. *Разумов А.Н., Тришкин Д.В., Серговенцев А.А., Бобровницкий И.П.* и др. О координации и перспективах научных исследований по проблемам совершенствования системы реабилитации и абилитации раненых и пострадавших лиц с боевой травмой и последствиями боевого стресса // Организация оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим: от поля боя до высоких технологий. М.: РАН, 2024. С. 56-62.

19. *Тришкин Д.В., Серговенцев А.А., Юдин В.Е.* и др. Современная система реабилитации и абилитации военнослужащих с ампутацией конечностей // Военно-медицинский журнал. 2023. Т.344. №2. С. 4-12. doi: 10.52424 /00269050_2023 _344 _2 _4.

10. Tret'yakov A.F. *Sroki Lecheniya v Evakogospitalyakh* = Treatment Periods in Evacuation Hospitals. Moscow, Medgiz Publ., 1944. 67 p. (In Russ.).

11. Trishkin D.V. Features of the Organization of Medical Support for Armed Conflicts in Modern Conditions. *Organizatsiya Okazaniya Meditsinskoy Pomoshchi Ranenym i Postradavshim: ot Polya Boya do Vysokikh Tekhnologiy* = Organization of Medical Care for the Wounded and Victims: from the Battlefield to High Technologies. Moscow, RAN Publ., 2024. P. 6-11 (In Russ.).

12. *Ob Itogakh Raboty Federal'nogo Mediko-Biologicheskogo Agentstva v 2024 Godu i zadachakh na 2025 God* = On the Results of the Federal Medical and Biological Agency's Work in 2024 and Objectives for 2025. Proceedings of the Board of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. Moscow, FMBA Rossii Publ., 2025. 138 p. (In Russ.).

13. *Ob Itogakh Raboty Federal'nogo Mediko-Biologicheskogo Agentstva v 2025 Godu i Zadachakh na 2026 God* = On the Results of the Federal Medical and Biological Agency's Work in 2025 and Objectives for 2026. Proceedings of the Board of the Federal Medical and Biological Agency of Russia. Moscow, FMBA Rossii Publ., 2026. 138 p. (In Russ.).

14. Baranova N.N. *Meditsinskaya Evakuatsiya Postradavshikh v Chrezvychaynykh Situatsiyakh* = Medical Evacuation of Victims in Emergency Situations. Doctor's Thesis (Med.). St. Petersburg Publ., 2022. 617 p. (In Russ.).

15. Popov V.P. *Sovershenstvovaniye Sistemy Organizatsii Ekstrennoy Meditsinskoy Pomoshchi v Sub"yekte Rossiyskoy Federatsii* = Improving the System of Organizing Emergency Medical Care in a Constituent Entity of the Russian Federation. Doctor's Thesis (Med.). Ekaterinburg Publ., 2014. 338 p. (In Russ.).

16. Baranov A.V. *Sistema Organizatsii Meditsinskoy Pomoshchi Postradavshim v Dorozhno-Transportnykh Proisshestviyakh na Federal'nykh Avtodorogakh v Regionakh Rossii s Nizkoy Plotnost'yu Naseleniya* = The System of Organizing Medical Care for Victims of Road Accidents on Federal Highways in Low-Population Regions of Russia. Doctor's Thesis (Med.). Moscow Publ., 2023. 231 p. (In Russ.).

17. *Meditsinskaya Reabilitatsiya Lits s Boyevoy Travmoy* = Medical Rehabilitation of Persons with Combat Trauma. Temporary Guidelines (Package of Measures). Moscow Publ., 2024. 384 p.

18. Razumov A.N., Trishkin D.V., Sergoventsev A.A., Bobrovnitskiy I.P., et al. On the Coordination and Prospects of Scientific Research on the Problems of Improving the System of Rehabilitation and Habilitation of Wounded and Injured Persons with Combat Trauma and the Consequences of Combat Stress. *Organizatsiya Okazaniya Meditsinskoy Pomoshchi Ranenym i Postradavshim: ot Polya Boya do Vysokikh Tekhnologiy* = Organization of Medical Care for the Wounded and Victims: from the Battlefield to High Technologies. Moscow, RAN Publ., 2024. P. 56-62 (In Russ.).

19. Trishkin D.V., Sergoventsev A.A., Yudin V.Ye., et al. Modern System of Rehabilitation and Habilitation of Military Personnel with Limb Amputation. *Voyenno-Meditsinskiy Zhurnal* = Russian Military Medical Journal. 2023;344;2:4-12 (In Russ.). Doi: 10.52424/00269050_2023_344_2_4.

УВАЖАЕМЫЕ АВТОРЫ!

Редакция журнала обращает ваше внимание на новые требования, включенные в правила представления статей для публикации:

- текст статьи не должен быть сгенерирован искусственным интеллектом;
- необходимо вместе с рукописью статьи представлять отчет программы «Антиплагиат», включая проверку статьи на искусственный интеллект.

Напоминаем вам, что ответственность за достоверность данных и содержание предлагаемых материалов лежит полностью на авторах.

Начиная с 2027 г., ваши материалы будут проходить жесткий входной контроль по этим требованиям. Несоблюдение новых правил повлечёт за собой отказ в публикации

Материал поступил в редакцию 22.07.26; статья принята после рецензирования 20.08.26; статья принята к публикации 16.09.26
The material was received 22.07.26; the article after peer review procedure 20.08.26; the Editorial Board accepted the article for publication 16.09.26