

ГУМАНИТАРНАЯ РОЛЬ РОССИЙСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ НА МЕЖДУНАРОДНОМ И НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЯХ

DOI: 10.20542/2307-1494-2018-1-197-206

Аннотация В статье сделан обзор участия представителей российской военной медицины в различных гуманитарных операциях со второй половины XIX в. по начало XXI в. Раскрывается гуманитарная сущность военно-медицинской профессии, роль военно-медицинской службы в реализации норм международного гуманитарного права. Исследуется деятельность военных медиков по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций различного характера как на территории России, так и за ее пределами, дается подробная характеристика конкретных гуманитарных операций. Показаны ключевые достижения российской военной медицины в гуманитарной сфере, намечены дальнейшие горизонты международного гуманитарного сотрудничества военных медиков.

Ключевые слова военно-медицинская служба, международное гуманитарное право, здравоохранение, медицинская помощь, чрезвычайные ситуации, международное сотрудничество

Title Russian military medicine in international and national humanitarian operations

Abstract The article provides a review of the participation of Russian military medics in various humanitarian operations from the second half of XIX to the first half of XX centuries. It reveals humanitarian nature of military-medical profession and the role of military medicine in practical realization of norms of international humanitarian law. The article analyses efforts made by military-medical personnel to relieve consequences of different types of disaster both in Russia and abroad and provides detail on specific humanitarian operations. It highlights the key achievements of Russian military medicine in humanitarian domain and explores venues for further international humanitarian cooperation among military medics.

Keywords military-medical service, International Humanitarian Law, healthcare, medical aid, disasters, international humanitarian cooperation

I. Введение

На протяжении длительного исторического периода понятия «чрезвычайная ситуация» и «катастрофа» обозначали отдельные события, в большинстве случаев не привлекавшие внимания общественности, вследствие отсутствия глобальных средств массовой информации. Эти понятия не применялись даже к войнам – катастрофой считалась не война, а поражение в ней. Даже такие трагические события, как варварская бомбардировка японских городов Хиросима и Нагасаки в конце Второй мировой войны, унесшая жизни сотен тысяч людей, не обозначались как «катастрофы». Последовавшее за этим осмысление последствий и перспектив

Холиков Иван Владимирович – профессор кафедры государственно-правовых дисциплин Института законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ, д.ю.н.

применения ядерного оружия внедрило в повседневный обиход новые термины – «оружие массового поражения», «очаг массового поражения» и т. п.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), катастрофа – это явление природы или действие человека, которое несет реальную угрозу жизни людей и для ликвидации которого требуется помощь извне. Катастрофа – это событие, при котором возникают очаги массовых поражений людей с количеством 10 и более пострадавших, требующих оказания неотложной медицинской помощи. Основного внимания в этом определении заслуживает то, то речь идет о «жизни людей» (а не человека) и о «необходимости помощи извне».

Необходимость оказывать помощь при повседневных травмах и заболеваниях (а каждую травму или обострение заболевания разной тяжести человек воспринимает как личную катастрофу) составляет обычное содержание работы всех учреждений скорой и неотложной медицинской помощи. Это нормальный «фон» повседневной деятельности хирургов, терапевтов, педиатров, инфекционистов и других специалистов, и они с ним привычно справляются. Опыт показал, что события приобретают действительно чрезвычайный характер, когда в лечебное учреждение одновременно поступают сразу многие десятки пострадавших. Даже для крупнейших учреждений любой страны «десятка» пострадавших является тем порогом, за которым организация и содержание помощи приобретают необычный, чрезвычайный характер: возникает необходимость в медицинской сортировке, маневрировании силами и средствами, использовании резервов и т. п.¹

Исходя из этого, чрезвычайную ситуацию (ЧС) для здравоохранения можно определить как обстановку, сложившуюся на объекте или в зоне (районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного или социального явления (в т. ч. военного конфликта), эпидемии, эпизоотии, характеризующуюся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных (больных), ухудшением условий жизнедеятельности населения и требующую привлечения специально подготовленных сил и средств системы здравоохранения, а также особых форм работы медицинских учреждений, участвующих в ликвидации последствий ЧС.

На этом фоне стремление как на государственном, так и на международном уровне использовать человеческий и технический потенциал наиболее организованной части государства – военных формирований, в том числе военно-медицинской службы – в интересах ликвидации последствий ЧС носит вполне закономерный, а нередко и жизненно необходимый характер. Не случайно нормы международного гуманитарного права наделяют военно-медицинский персонал особым статусом, а государства делегируют значительную часть своих обязательств в рамках Женевских конвенций своим военно-медицинским службам. Военные медики обязаны оказывать медицинскую помощь всем жертвам вооруженных конфликтов, а также других гуманитарных катастроф.

Еще всемирно известный хирург и основоположник российской военно-полевой хирургии Николай Иванович Пирогов (1810–1881 гг.) давал высочайшую оценку интеллектуального потенциала военных врачей. В его понимании, их практическая работа и научная деятельность естественным и неразрывным образом связана с международным сотрудничеством в сфере военной медицины. Как подчеркивал Пирогов: «Я только тогда скажу, что Женевская конвенция исполнена и врачи воюющих сторон действительно нейтральны, когда им возможен будет свободный обмен научными результатами на пользу вверенных им больных».²

Данная статья посвящена российскому опыту в области использования военной медицины в операциях гуманитарного (т. е. невоенного) типа. Хотя основной задачей военной медицины является организация медицинского обеспечения войск в ходе боевых действий, она не является предметом рассмотрения данной статьи. Соответственно, в ней не рассматривается работа российских военных медиков по

выполнению их прямых функций непосредственно в ходе военных действий в Афганистане, на Северном Кавказе или в Сирии. Тем не менее, следует признать, что, выполняя задачи медицинского обеспечения боевых и контртеррористических операций, военные медики осуществляют и большой объем гуманитарной деятельности в отношении местного гражданского населения, пострадавшего в результате войны.

II. Гуманитарная роль российских военных медиков: исторический экскурс

Наряду с организацией медицинского обеспечения войск в боевых действиях и участием военной медицины в ликвидации последствий катастроф внутри страны, особого внимания заслуживает ее участие в международных миротворческих и гуманитарных операциях. За свою историю российская военная медицина участвовала в решении этих задач в общем комплексе спасательных работ во многих чрезвычайных ситуациях как на территории своей страны, так и за рубежом.

Одни из первых сообщений об организации специальных экспедиций русских военных врачей в зарубежные страны относятся к 1875–1876 гг., когда во время народного восстания в Боснии и Герцеговине против турецкого владычества в одной только Черногории скопилось несколько тысяч раненных повстанцев и более 40000 беженцев. Вследствие нехватки квалифицированных медицинских специалистов было принято решение о выделении денежных средств на медицинское пособие пострадавшим и сформирован специальный госпиталь. Штат госпиталя был определен численностью 33 человека (включая четырех врачей, в т. ч. двух хирургов, двух фельдшеров, девяти сестер милосердия и аптекаря). Прибыв на место в начале 1876 г., персонал госпиталя оказывал помощь и раненым повстанцам, и больным беженцам, в том числе женщинам и детям. За восемь месяцев работы лечение в госпитале получили 1058 человек, а амбулаторную помощь – 16373 раненых и больных.³ В июле-августе 1876 г. в Черногорию дополнительно были направлены еще несколько бригад. Общее число врачей достигло 115, сестер милосердия – 115, студентов медиков – 41, фельдшеров – 70. Среди добровольцев были студенты и профессора Медико-хирургической академии: Н.В.Склифосовский, Е.И.Богдановский, И.О.Корженевский, Е.В.Павлов. Один из отрядов был сформирован лично профессором С.П.Боткиным на собранные им пожертвования.

Легендарным стало участие русских военных моряков, в том числе и военно-морских медиков, в оказании помощи населению итальянского города Мессина, пострадавшего в результате катастрофического землетрясения 28 декабря 1908 г. Тогда погибли десятки тысяч людей, еще большее число было ранено или осталось без крова. Первыми, кто пришел на помощь раненым, были матросы и офицеры русских военных кораблей «Адмирал Макаров», «Цесаревич», «Слава» и «Богатырь», находившихся в соседних портах с визитом вежливости. Благодаря яркому описанию очевидцем – писателем Максимом Горьким – ряда страшных сцен людских страданий впервые общественности, в том числе медицинской, были представлены образные картины новой тогда для врачей формы патологии, получившие позднее название синдрома длительного сдавления или длительного раздавливания тканей.⁴

Традиции русской военной медицины в оказании помощи бедствующему населению сохранились и получили дальнейшее развитие в годы гражданской войны и мирного строительства в СССР. В годы гражданской войны и ранний советский период голод и разруха обусловили возникновение ежегодных эпидемий среди военнослужащих, но еще в большей мере эпидемии поражали гражданское население. За период 1918–1922 гг. около 25 млн. человек переболело сыпным тифом, 10 млн. человек – возвратным тифом. Руководители здравоохранения широко использовали военных медиков в борьбе с эпидемиями среди населения целом.⁵

В годы Великой Отечественной войны военно-медицинская служба с успехом выполняла как свои прямые обязанности по обеспечению боевой деятельности войск, так и решала задачи по оказании медицинской помощи мирным жителям. Высочайший гуманизм был проявлен военно-медицинской службой по отношению к военнопленным. После Сталинградской битвы для лечения немецких военнопленных была организована специальная медицинская служба во главе с генерал-лейтенантом А.Я.Зетиловым, которой было передано 61400 коек.

По окончании войны, по представлению Главного военно-санитарного управления Совнарком СССР в 1945 г. обязал Наркомздрав СССР и Совнаркомы союзных республик реорганизовать 342 эвакуационных госпиталя на 95000 коек для лечения инвалидов, а ВЦСПС – реорганизовать 38 госпиталей в санатории для инвалидов на 10000 мест. Совнарком СССР также распорядился выделить 15000 коек для лечения репатриантов-мужчин, женщин и подростков, насильно угнанных в Германию.⁶

Первым серьезным испытанием для гражданского здравоохранения и военной медицины после Второй мировой войны стало землетрясение в Ашхабаде 6 октября 1948 г. Эта катастрофа сопровождалась крупными разрушениями зданий, массовой гибелью людей и большим числом пострадавших. Решением правительства ликвидация последствий землетрясения была поручена Министерству обороны СССР, а организация медицинской помощи – Главному военно-медицинскому управлению. Военными медики оказали помощь более 50 тысячам пострадавших с тяжелыми травмами, свыше 7000 тяжелораненых было эвакуировано.⁷ Трагедия в Ашхабаде показала, что медицинские формирования войск (медицинские пункты, роты, батальоны) по своему составу, оснащению и организации работы являются наиболее подготовленными структурами для работы в условиях массовых бедствий.

Из катастроф техногенного типа на территории СССР отдельного внимания заслуживает авария на Чернобыльской АЭС, которая по своим масштабам не имела precedентов в мировой практике использования атомной энергии. Радиоактивному загрязнению подверглась огромная (до 160 тыс. кв. км) территория, охватывающая регионы современных Украины, Белоруссии, ряда областей России и сопредельных государств с населением, насчитывающим десятки миллионов человек. Уже в первые часы после аварии в аварийно-спасательных работах совместно с формированиями других ведомств приняли участие подразделения медицинской службы вооруженных сил. Общая численность персонала военно-медицинской службы, задействованного в зоне аварии, составила около полутора тысяч человек. Военные медики приняли активное участие в организации и выполнении массовых лечебно-профилактических мероприятий в отношении многочисленных контингентов, проживающих на загрязненной территории, а также огромного числа лиц, привлеченных к ликвидации последствий аварии. В наиболее напряженный период (в течение первого года после катастрофы) военные медики обследовали около 80 тыс. лиц, проживавших в зонах радиационного заражения и участников ликвидации последствий аварии. В 1986 г. в санаториях, домах отдыха и пансионатах Министерства обороны СССР была организована реабилитация 6500 детей из зараженных районов. Участие в ликвидации последствий Чернобыльской аварии явилось серьезной проверкой готовности военно-медицинской службы к действиям в условиях радиационных катастроф.⁸

Не менее масштабным и трагическим по своим последствиям событием явилось землетрясение в Армении в 1988 г. Эпицентр землетрясения (мощностью 6-9 баллов) пришелся на г. Спитак. Подземными толчками были полностью или частично разрушены промышленные, культурные и жилые строения Ленинакана, Кировокана и Спитака, а также множество более мелких населенных пунктов. Формирования военно-медицинской службы в кратчайшие сроки включились в спасательные работы. В целом, за весь период событий тяжело пострадало около 18 тыс. человек. Военно-медицинская

служба оказала медицинскую помощь 6000 человек (остальным пострадавшим помощь оказывалась силами гражданской системы здравоохранения).⁹

Анализ опыта трагедии в Армении еще раз подтвердил, что военно-медицинская служба по своим целям и задачам, составу и оснащению является одной из ведомственных структур, наиболее подготовленных к работе в очагах массового поражения как природного, так и техногенного происхождения. Не случайно основные положения военно-медицинской доктрины – непрерывность, последовательность, преемственность лечебно-эвакуационных мероприятий, приближение медицинской помощи к пораженному и ряд других – впоследствии нашли отражение в единой концепции медицины катастроф.

Советские военные медики принимали участие и в зарубежных гуманитарных операциях. Так, в 1970 г. для оказания помощи в ликвидации последствий землетрясения в Перу в район катастрофы – на расстояние более 25000 км – по воздуху был переброшен многопрофильный госпиталь с полным оснащением. Этот военно-полевой госпиталь за четыре месяца работы обеспечил оказание специализированной помощи более 45 тыс. пациентов.¹⁰ Уже тогда состоялись первые встречи и плодотворный обмен опытом в рамках международного гуманитарного сотрудничества российских военных медиков с зарубежными коллегами, выполнявшими аналогичные задачи в зоне бедствия.

В июне 1982 г. для оказания медицинской помощи населению Никарагуа, пострадавшему от урагана «Алетта», по просьбе правительства этой страны в г. Чинантега был направлен медицинский отряд, сформированный Министерством обороны СССР. Разместившись в первое время в штатных палатках, отряд постепенно перешел в стационарные помещения и по сути превратился в военный госпиталь, оснащенный современным диагностическим и лечебным оборудованием. В последние годы работы он стал национальным лечебным учреждением, в которое за медицинской помощью обращались жители всех департаментов республики, а также соседних Гондураса и Коста-Рики. За шесть лет работы советские военные медики приняли около 345 тыс. больных, из них амбулаторно – 330,5 тысяч. Стационарное лечение получили 14,5 тыс. больных, было также выполнено около 12,3 тыс. оперативных вмешательств, 206 тыс. лабораторных и 57 тыс. рентгенологических исследований, отпущено более 91 тыс. физиотерапевтических процедур.¹¹

Примеры гуманитарной работы советских военных медиков были и в странах Африки и Азии. Так, в Эфиопии в 1984–1987 гг., где они оказали медицинскую помощь 182512 амбулаторным больным, госпитализировали более 5000 больных и выполнили более 2700 операций.¹² В марте 1985 г. в Кампучию для оказания медицинской помощи раненым и больным в условиях развивающейся эпидемии тропической малярии был направлен советский военный госпиталь на 100 коек – первоначально на один год. Однако в связи с неоднократными просьбами кампучийской стороны срок работы госпиталя трижды продлевался. Военные медики работали в чрезвычайно сложных условиях, включая двукратные перегрузки. С марта 1985 по февраль 1989 г. медицинскую помощь в госпитале получили почти 16 тыс. кампучийских граждан, в том числе 8,5 тысяч раненых и больных в стационарных условиях (4,9 тыс. инфекционных, 2,7 тыс. хирургических и 860 терапевтических больных). На завершающем этапе работы оказывалась помощь кампучийской стороне в обучении медицинского персонала – всего было подготовлено 85 медицинских работников из числа местного населения, способных к самостоятельной практической работе.¹³

III. Российская военная медицина в современных гуманитарных операциях

После распада СССР прошло почти десять лет прежде, чем российская военная медицина смогла восстановить свой потенциал в области ведения гуманитарных

операций за рубежом. В 1999 г. в югославский край Косово был направлен сформированный на базе медицинского отряда специального назначения и усиленный группой специализированной медицинской помощи госпиталь, местом дислокации которого стал населенный пункт Косово Поле. В короткие сроки госпиталь стал, фактически, самым крупным лечебным учреждением в Косово. Именно этот факт послужил причиной обращения руководства ООН к российскому министерству обороны с ходатайством о заключении соглашения о медицинском обслуживании персонала миссии ООН в Косово в российском военном госпитале.

За период работы госпиталя (1999–2003 гг.) в нем оказывалась медицинская помощь миротворческим контингентам военнослужащих, сотрудникам международных организаций и местному населению. В российский госпиталь обращались военнослужащие Многонациональных сил НАТО в Косово (1223 чел.), сотрудники ООН, ОБСЕ, МККК и других международных организаций (1226 чел.) из более 30 стран мира (Болгарии, Великобритании, Венгрии, Греции, Дании, Испании, Италии, Норвегии, Польши, Румынии, Словакии, США, Турции, Украины, Франции, Чехии, Швеции и других стран). Значительное число пациентов из числа местного населения (14345 человек) указывает на важность оказания гуманитарной помощи в условиях межэтнического конфликта.¹⁴

Обращает на себя внимание тот факт, что если в начальный период работы российского военного госпиталя (в 1999 г.) доля лиц албанской национальности в структуре больных, находившихся в нем на лечении, не превышала 1%, то ближе к завершению его работы (в 2003 г.) данный показатель составил около 20%. Это свидетельствует о возрастающем доверии населения, враждующего между собой на национально-религиозной почве, к российским военным медикам – что можно рассматривать и как их вклад в миротворческий процесс.

Как показал этот и другой опыт, в условиях любых операций по поддержанию мира предоставление защиты и помощи жертвам вооруженных конфликтов является важнейшим фактором, способствующим достижению целей миротворчества. Во многих случаях медицинская помощь жертвам конфликтов может быть наиболее оперативно и эффективно обеспечена именно силами и средствами военно-медицинской службы миротворческого контингента. В этом смысле военная медицина приобретает особые функции, выступая как субъект практической реализации государственных международно-договорных обязательств в обеспечении защиты жертв войны и оказания им медицинской помощи.

Очевидно также, что военно-медицинская служба как особо организованная составная часть общих сил и средств, направляемых на ликвидацию последствий вооруженного конфликта или катастроф природного или техногенного характера, имеет ряд преимуществ перед органами гражданского здравоохранения, которые всегда несут потери, иногда значительные. Военные медики тоже несут потери, но при четкой военной организации этот ущерб быстрее восполняется за счет резервов и более высокой мобильности. Однако в любом случае общая цель – в кратчайшие сроки ликвидировать последствия катастрофы – достигается объединенными усилиями военных и гражданских специалистов, где важнейшее значение приобретают общее руководство и их взаимодействие. В целом сотрудничество между военными и гражданскими элементами здравоохранения представляет собой комплекс мероприятий взаимодействия, взаимной поддержки, общего планирования и постоянного обмена необходимой информацией на всех уровнях между военными структурами и гуманитарными организациями и агентствами, выполняющими по сути одни и те же задачи в условиях гуманитарных катастроф, и должно осуществляться как на международном, так и на внутригосударственном уровнях.

Одним из примеров конструктивного сотрудничества гражданских и военных структур в нашей стране на современном этапе стало создание Единой

государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций (РСЧС),¹⁵ функционально объединившей службы медицины катастроф Минздрава России, Минобороны России, а также силы и средства МЧС России, МВД России и других федеральных органов исполнительной власти. Основным функциональным компонентом этой системы стала Всероссийская служба медицины катастроф, предназначенная для проведения комплекса мероприятий по предупреждению медико-санитарных последствий и медицинского обеспечения населения при стихийных бедствиях, авариях, катастрофах, эпидемиях, локальных вооруженных конфликтах, террористических актах и других чрезвычайных ситуациях.

В декабре 2004 г. Министерству обороны РФ было поручено выполнение гуманитарной миссии по ликвидации последствий катастрофического цунами в Республике Индонезии. Катастрофа унесла жизни более 120 тысяч человек, сотни тысяч людей потеряли жилища, многие населенные пункты, коммуникации, учреждения инфраструктуры (в том числе медицинские) были полностью разрушены. Общая площадь поражения составила более 10 тыс. кв. км, а полоса вдоль северной и центральной части западного побережья о. Суматра шириной до 7 км представляла собой зону сплошного разрушения.

Международное сообщество активно включилось в работу по оказанию гуманитарной помощи населению этой страны. Российские военно-медицинские специалисты в составе медицинского отряда специального назначения (военно-полевого госпиталя), группы специализированной медицинской помощи (эпидемиологи, инфекционисты и др.) и научно-исследовательской группы действовали на территории Индонезии в провинции Банда-Ачех. Специалисты госпиталя оказали медицинскую помощь 2066 чел. (из которых 1656 составили местные жители). Наряду с этим выполнялся большой объем профилактической работы: медицинская разведка и эпидемиологическая оценка местности, мониторинг по раннему выявлению малярии, вакцинация детей против кори и другие мероприятия. Следует отметить, что в ходе этой работы было организовано тесное сотрудничество с местными индонезийскими и другими госпиталями. Российская военно-медицинская миссия вошла в состав центра по координации взаимодействия гражданских и военных сил и обеспечивала взаимодействие военно-медицинских организаций.¹⁶

Опыт организации взаимодействия и сотрудничества гражданских и военных медицинских специалистов иностранных государств, участвовавших в ликвидации последствий стихийного бедствия в Индонезии, заслуживает высокой оценки и вместе с тем позволяет извлечь серьезные уроки. Наиболее важный из них состоит в том, что участие в гуманитарной акции множества международных структур и организаций различных стран, обладающих различными возможностями, требует единого руководства в интересах наиболее эффективного использования их сил и средств в конкретных условиях развития чрезвычайного события. Отсутствие единой системы управления международными силами снижает эффективность гуманитарной помощи.

В 2014 г. Президент РФ В.В.Путин принял решение об оказании помощи Гвинейской Республике в борьбе с геморрагической лихорадкой Эбола (ГЛЭ), которой был передан в дар российский военно-полевой инфекционный госпиталь на 200 коек. 16 ноября 2014 г. тремя самолетами военно-транспортной авиации Ан-124 госпиталь был переброшен в столицу страны г. Конакри. 14 декабря в Гвинею были направлены специалисты медицинской службы вооруженных сил РФ для его развертывания и окончательной передачи гвинейской стороне. Военно-полевой инфекционный госпиталь был развернут в районе г. Киндиа, являвшимся очагом ГЛЭ, за пять дней в условиях крайне неблагоприятной эпидемиологической обстановки. Госпиталь был торжественно передан гвинейской стороне 19 декабря 2014 г. в присутствии руководителей министерств и ведомств, зарубежных экспертов, а также посла РФ в Гвинейской Республике. Местные и зарубежные представители отмечали высочайший

организационный и методический уровень работы российских специалистов, и, в целом, развития военной медицины в России, проявили большой интерес к российскому опыту организации медицинского обеспечения при борьбе с особо опасными инфекционными болезнями и к отечественной военно-медицинской школе.¹⁷

На этом и других примерах видно, что военно-медицинские формирования прибывают в очаг массовых поражений первыми или в числе первых. Изначально имея четкую организацию, мобильные силы и средства, хорошо подготовленных специалистов высшего и среднего младшего звеньев, они действительно играют роль авангарда. Как показывает опыт, группы военно-медицинских специалистов всегда играли роль своеобразных объединяющих центров, входя на равных или с некоторым преимуществом в штабы, комитеты, комиссии по руководству общими работами. Этому способствовали несомненные преимущества военной и военно-медицинской техники, в том числе самолетной и вертолетной авиации, автотранспорта, специально оборудованных санитарно-транспортных средств и, наконец, малой медицинской техники, заранее подготовленной к автономной работе.

IV. Международное сотрудничество

Сотрудничество между военными медиками, и также между военным и гражданским здравоохранением развивается и на международном уровне. Намечившаяся тенденция все более активного привлечения сил и средств военно-медицинской службы к деятельности по ликвидации последствий масштабных гуманитарных катастроф в различных регионах мира обуславливает необходимость расширения международного сотрудничества в области военной медицины, разработки действенных программ в рамках его развития, детализации правового регулирования статуса военно-медицинского персонала.

Военных медиков большинства стран объединяет Международный комитет военной медицины (МКВМ),¹⁸ созданный еще в 1921 г. и признанный ООН в 1953 г. В настоящее время членами МКВМ являются 108 государств. Согласно уставу МКВМ, его целью является укрепление международных связей и сотрудничества военных медиков различных стран в духе Женевских Конвенций для облегчения участи раненых и больных, а также обеспечение обмена научной информацией по военной медицине. Штаб-квартира МКВМ находится в Брюсселе (Бельгия). Комитет располагает бюро военно-медицинской документации, обеспечивает издание «Международного журнала медицинских служб вооруженных сил» (*“International Review of the Armed Forces Medical Services”*),¹⁹ а также организует международные сессии и курсы усовершенствования для молодых военных врачей и курсы по праву вооруженных конфликтов для представителей медицинских служб вооруженных сил.

Уникальность данной международной организации заключается в том, что даже в самый разгар «холодной» войны представители военно-медицинских служб (в том числе стран-антагонистов) встречались под ее эгидой на постоянной основе и обсуждали вопросы оказания медицинской помощи. Медицинская служба ВС СССР вступила в члены МКВМ в 1965 г., а в 2001 г. Правительство РФ утвердило участие России в работе этого международного комитета.²⁰

Региональная интеграция в рамках МКВМ начала развиваться с 2007 г., в настоящий момент созданы и функционируют Азиатско-Тихоокеанский, Арабский, Европейский, Магрибский, Панамериканский и Панафриканский подкомитеты МКВМ, которые проводят свои собственные региональные конгрессы по военной медицине.

Раз в два года МКВМ проводит международные конгрессы (с 2004 г., после вступления в Международный комитет военной медицины Австралии, всемирные). Предыдущий конгресс состоялся в 2017 г. в Индии, следующий пройдет в 2019 г. в

Швейцарии (г. Базель). Основные вопросы, рассматриваемые на заседаниях всемирных и региональных конгрессов по военной медицине, включают:

- организацию медицинского обеспечения в условиях повседневной деятельности, при ликвидации последствий техногенных аварий и природных катастроф;
- организацию хирургической и терапевтической помощи в условиях локальных вооружённых конфликтов и при проведении миротворческих операций;
- международное сотрудничество и взаимодействие военно-медицинских служб друг с другом и с международными неправительственными организациями;
- проблемы специальной медицины (включая вопросы морской, авиационной и космической медицины, военной эргономики и обитаемости) и военно-полевой медицины в современных условиях;
- санитарно-эпидемиологическое обеспечение войск, эпидемиологию и профилактику актуальных для вооружённых сил нозологических форм заболеваний;
- медицинскую реабилитацию и продление профессионального долголетия военнослужащих.

МКВМ имеет официальные отношения, закреплённые соответствующими международно-правовыми документами, с ВОЗ (1952 и 2004 г.), ЮНЭЙДС (с 2009 г.), МККК (с 2016 г.) и Всемирной ассоциацией здравоохранения (с 2017 г.). Учитывая роль и значимость военной медицины в проведении гуманитарных акций, ключевым вопросом обеспечения эффективности решения этих задач является организация тесного взаимодействия и сотрудничества военно-медицинских сил в зоне бедствия (конфликта) с гуманитарными организациями, основанного на строгом соблюдении всеми субъектами норм международного гуманитарного права.

В настоящее время в мире действует большое число международных неправительственных организаций (МНПО), которые занимаются предоставлением гуманитарной, в т. ч. медицинской, помощи. Одной из основных проблем в их деятельности является разобщённость, отсутствие координации в действиях, абсолютизация принципов нейтральности, независимости и беспристрастности (на деле нередко препятствующая оказанию реальной, экстренной медицинской помощи на местах). Это актуализирует необходимость организации тесного взаимодействия всех акторов, оказывающих гуманитарную медицинскую помощь в условиях вооружённых конфликтов.

Одним из фундаментальных принципов взаимодействия в решении задач спасения жизней людей является принцип конструктивного сотрудничества МНПО и военных, которые в некоторых ситуациях могут справиться с определенными гуманитарными задачами значительно лучше, чем неправительственные гуманитарные организации. Вопросы практической организации медицинской помощи раненым и больным должны доминировать над другими проблемами гуманитарного и военного секторов в выполнении государствами норм МГП как в мирное время, так и в условиях вооружённых конфликтов.

Значительный опыт российского военного здравоохранения в гуманитарной сфере продолжает оставаться востребованным как на международном, так и на внутригосударственном уровне. Конструктивное международное сотрудничество военных медиков, а также военной медицины с гражданской, несомненно, служит делу развития медицинских средств и методов ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций различного характера. Общий и главный критерий их эффективности – готовность и способность к спасению жизни людей.

ПРИМЕЧАНИЯ

- ¹ Нечаев Э.А., Фаршатов М.В. Военная медицина и катастрофы мирного времени. – М.: НИО «Квартет», 1994. С. 41–42.
- ² Пирогов Н.И. Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг. [СПб.: Изд. Общества попечения о раненых и бывших воинах, 1879] // Пирогов Н.И. Собр. соч. в 8 т. Т. 7. – М.: Медгиз, 1960. С. 21.
- ³ Георгиевский А.С. Страницы истории отечественной военной медицины. – Л., 1964. С. 90.
- ⁴ Быков И.Ю., Гладких П.Ф. Главное военно-санитарное управление Красной Армии в период Великой Отечественной войны // Военно-медицинский журнал. 2005. № 4. С. 62–70.
- ⁵ Холиков И.В. Историко-правовые вопросы взаимодействия гражданского и военного компонентов системы здравоохранения на национальном и международном уровнях // Образование. Наука. Научные кадры. 2012. № 4. С. 15–17.
- ⁶ Смирнов Е.И., Лебединский В.А., Гарин Н.С. Войны и эпидемии. АМН СССР. – М.: Медицина, 1988.
- ⁷ Быков И.Ю. Военная медицина России в общей системе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и обеспечения миротворческих сил // Военно-медицинский журнал. 2005. № 7. С. 4–11.
- ⁸ Холиков И.В. Ук. соч.
- ⁹ Быков И.Ю. Итоги деятельности и задачи медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации // Военно-медицинский журнал. 2006. № 1. С. 4–11.
- ¹⁰ Холиков И.В. Правовое обеспечение международного сотрудничества в области медицины и здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций. – М.: Истоки, 2007. С. 33.
- ¹¹ Он же. Историко-правовые вопросы взаимодействия гражданского и военного компонентов системы здравоохранения на национальном и международном уровнях. Ук. соч.
- ¹² Быков И.Ю. Военная медицина России в общей системе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и обеспечения миротворческих сил. Ук. соч.
- ¹³ Холиков И.В. Правовое обеспечение международного сотрудничества в области медицины и здравоохранения в условиях чрезвычайных ситуаций. Ук. соч.
- ¹⁴ Бояринцев В.В., Холиков И.В., Яковлев С.С. Гуманитарно-правовые аспекты медицинского обеспечения многонациональных миротворческих сил в Югославии // Военно-медицинский журнал. 2000. № 4. С. 14–19.
- ¹⁵ Подробнее см. URL: <http://www.mchs.gov.ru/dop/terms/item/87475/>.
- ¹⁶ Волгин А.Р., Холиков И.В., Шафалинов В.А., Яковлев С.В. Деятельность сил и средств медицинской службы в условиях ликвидации последствий чрезвычайной ситуации (опыт работы российского военно-медицинского контингента в Республике Индонезия) // Военно-медицинский журнал. 2007. № 3. С. 10–12.
- ¹⁷ Жданов К.В., Холиков И.В. Болезнь, вызываемая вирусом Эбола: от теории к практике // Журнал инфектологии. 2015. Т. 7. № 1. С. 13–14.
URL: <http://journal.niidi.ru/jofin/article/view/368/365>.
- ¹⁸ Подробнее см. URL: <http://www.cimm-icmm.org>.
- ¹⁹ Официальная web-страница журнала – URL: http://www.cimm-icmm.org/publication/RISSFA87_1/review87.php.
- ²⁰ Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 сентября 2001 г. № 1240-р.