

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖЕНЩИН-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА СЕВЕРНОМ КАВКАЗЕ (1999–2002 ГГ.)

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6);
Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России
(Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2)

В общей структуре госпитализированных в военно-лечебные учреждения страны доля женщин-военнослужащих, находившихся в зоне ведения контртеррористических операций на Северном Кавказе в 1999–2002 гг., была незначительной (около 1 %). Из числа женщин, получивших медицинскую помощь, 90,2 % являлись военнослужащими по контракту и 9,8 % – лицами гражданского персонала. 76,6 % женщин-военнослужащих имели воинские звания рядового и сержантского состава. Среди госпитализированных доминировали медицинские работники (57,4 %), сотрудники пунктов питания и военных складов (19,1 %), что можно объяснить их большей численностью. Достоверно значимыми ($p < 0,01$) были различия в возрасте у женщин разных воинских званий. 18,5 % госпитализированных женщин имели боевые (10,7 %) и бытовые ранения и травмы, 29,2 % – инфекционные заболевания, 29,8 % – соматические расстройства, 21,9 % – гинекологические заболевания, беременность и ее осложнения. Эта структура отличалась от заболеваемости у женщин-военнослужащих в мирное время ($p < 0,01$). Ведущими в структуре причин госпитализации у офицеров являлись инфекционные заболевания (55,6 %), у прапорщиков и мичманов – травмы (26,5 %) и соматические болезни (50 %), у женщин-военнослужащих рядового и сержантского состава – инфекционные (33,3 %) и соматические (45,4 %) заболевания. Распределение госпитализированных женщин по клиническим группам статистически значимо связано с их воинскими специальностями ($p < 0,05$). Выявлена устойчивая тенденция увеличения возраста с количеством доли госпитализированных женщин-военнослужащих по поводу соматических заболеваний и уменьшения – по поводу инфекционных заболеваний. 17 % женщин-военнослужащих получили стационарную помощь на одном этапе медицинской эвакуации (в одном медицинском учреждении), 46,7 % – на двух и 36,3 % – на трех этапах. Возраст, воинское звание и специальность не имели статистических связей с количеством этапов медицинской эвакуации. На одном–двух этапах оказание медицинской помощи при травмах и ранениях завершалось только в 47 % случаев. Возможно, увеличение этапов эвакуации было обусловлено не только тяжестью травмы и необходимостью проведения реконструктивного лечения. Вероятно также, что при гинекологической патологии количество этапов можно было бы снизить при наличии в первичном медицинском звене врачей-гинекологов. Результаты анализа военно-медицинских характеристик свидетельствуют о необходимости решения медицинской службой и командованием ряда задач, связанных с охраной здоровья и оказанием медицинской помощи женщинам-военнослужащим, находящимся на театре военных действий.

Ключевые слова: боевые действия, контртеррористические операции, вооруженные силы, женщины-военнослужащие, воинские звания, возраст, травмы, ранения, заболевания, Северный Кавказ.

Введение

По данным ряда публикаций, численность женщин в армии без ущерба для боеготовности и боеспособности вооруженных сил может составлять 10–12 % [1, 3]. Женщин-военнослужащих можно встретить в армиях многих государств, где они служат преимущественно в тыловых частях или в обслуживающих подразделениях. В некоторых государствах женщинам разрешено проходить специальную военную

подготовку и служить в боевых частях. Они могут находиться недалеко от линии фронта, но принимать непосредственное участие в боевых действиях правительствами большинства государств женщинам-военнослужащим запрещено. Единственной страной, в которой для женщин с 1959 г. введена обязательная воинская повинность, является Израиль [4].

В силовых ведомствах России насчитывается около 500 тыс. женщин-военнослужащих.

Григорьев Степан Григорьевич – вед. науч. сотр. Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6), д-р мед. наук проф., e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Барышкова Людмила Константиновна – науч. сотр. Воен.-мед. музея Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (191180, Санкт-Петербург, Лазаретный пер, д. 2);

Евдокимов Владимир Иванович – проф. каф. ин-та ДПО «Экстремальная медицина» Всерос. центра экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России (194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 4/2), д-р мед. наук проф., тел. (812) 933-46-16, e-mail: 9334616@mail.ru.

В соответствии с руководящими документами России женщины-военнослужащие назначаются на несколько сотен должностей офицеров и полутора сотен должностей – рядового и сержантского состава. Женщин разрешено принимать на обучение в 16 военных вузов страны Минобороны, МВД и МЧС России. Несмотря на пропаганду гендерного равенства в армии, заявление о том, что женщины могут служить в практически любых сферах, скорее всего носит декларативный характер.

В последние годы за рубежом проводятся научные исследования по изучению гендерной модели совладания с боевым стрессом. Например, только в США в 2008 г. насчитывалось более 1 млн 700 тыс. женщин-ветеранов боевых действий, что составляло около 7 % от общего количества ветеранов войн. Выявлено, что повышенный уровень выраженности посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) у женщин-военнослужащих невозможно объяснить только гендерными различиями, хотя женщины были подвержены высокому риску иных стрессоров в боевых ситуациях, нежели мужчины, в том числе таких как военная сексуальная травма. При формировании симптомов ПТСР у женщин-ветеранов боевых действий были более выражены депрессивные симптомы, а у мужчин – злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами [11, 12].

Военная сексуальная травма (military sexual trauma, MST) определяется как сексуальное домогательство или сексуальное насилие в среде военнослужащих. Исследования показывают, что MST связана с увеличением психиатрической патологии, в том числе ПТСР, депрессии, тревоги, аддиктивного (токсикомании, алкоголизма и расстройства пищевого поведения) и суицидального поведения, и психосоматических расстройств [14]. Распространенность MST зависит от метода исследования, например, при телефонном опросе о наличии MST заявляли от 17 до 30 % опрошенных, лично интервью – от 4 до 71 % [16, 17]. Анализ 3337 анкет, заполненных бывшими военнослужащими, показал, что сексуальные домогательства в армии отмечались у 69 % женщин-ветеранов боевых действий и у 86,6 % – остальных женщин-военнослужащих. Установлено также, что случаи сексуального насилия чаще всего отмечали лица, которые хотели бы получить от государства различные социальные пособия. Авторами высказываются мнения о необходимости более углубленного изучения этой проблемы [15].

В ряде исследований показаны причины

возникновения некоторых гинекологических расстройств. Например, Ю.М. Сергеевым и С.Б. Артифесковым проведено анкетирование отечественных 126 женщин-военнослужащих в возрасте от 22 до 43 лет [7], показавшее недостаточно сформированные мотивации к созданию семьи и тенденции к позднему рождению детей. К факторам, негативно влияющим на репродуктивное здоровье женщин-военнослужащих, авторы относят низкий уровень знаний по проблемам планирования семьи, профилактике инфекций, передающихся половым путем, а также недостаточное использование метода контрацепции. При обследовании молодых незамужних женщин-военнослужащих в армии США V. Goyal и соавт. установили высокую распространенность рискованного сексуального поведения, которое способствовало выявлению у них хламидийной инфекции, вируса папилломы человека и дисплазии шейки матки чаще, чем в общей популяции женщин США [13].

Исследования влияния профессиональных факторов на здоровье отечественных женщин-военнослужащих немногочисленны. М.В. Резванцев и соавт. провели выборочный анализ медицинских отчетов по форме 3/мед ряда военных округов в 2005–2010 гг., в которых проходили службу около 30 тыс. женщин-военнослужащих. Анализ показал снижение за 5 лет доли женщин 1-й группы состояния здоровья (практически здоровые) на 7 % с (54,0 ± 0,2) до (47,2 ± 0,3) %, повышения уровня первичной заболеваемости на 63 ‰ с (450 ± 0,2) до (513 ± 3) ‰ и увеличения частоты увольнения в связи с болезнью с (4,1 ± 0,1) до (16,9 ± 0,2) ‰,

Структура заболеваемости женщин-военнослужащих

Класс	Название класса болезней	Процент
I	Некоторые инфекционные и паразитарные	1
II	Новообразования	3
III	Крови, кровяных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	0
IV	Эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4
V	Психические расстройства и расстройства поведения	1
VI	Нервной системы	7
VII	Глаза и его придаточного аппарата	4
VIII	Уха и сосцевидного отростка	3
IX	Системы кровообращения	11
X	Органов дыхания	34
XI	Органов пищеварения	10
XII	Кожи и подкожной клетчатки	6
XIII	Костно-мышечной системы и соединительной ткани	0
XIV	Мочеполовой системы	13
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	3
	Всего	100

уровень смертности остался на прежнем уровне. Структура первичной заболеваемости женщин-военнослужащих по классам в 2010 г. представлена в таблице [6]. С определенными допущениями она была взята для сравнения структуры госпитализации женщин-военнослужащих в период проведения боевых действий на Северном Кавказе.

Цель исследования – провести анализ военно-медицинских показателей в документах персонального учета женщин-военнослужащих, находившихся в зоне вооруженного конфликта на Северном Кавказе.

Материал и методы

Изучили истории болезней у 205 женщин-военнослужащих, находившихся в районе проведения контртеррористических операций в 1999–2002 гг. на Северном Кавказе и госпитализированных в военно-медицинские учреждения страны в связи с ранениями, травмами или заболеваниями. По возрасту госпитализированных женщин-военнослужащих распределили на группы:

- 1-ю – до 25 лет;
- 2-ю – 25,0–29,9 года;
- 3-ю – 30,0–34,9 года;
- 4-ю – 35,0–39,9 года;
- 5-ю – старше 40 лет.

В исследовании использовали общепринятые группировки женщин по таким признакам, как воинское звание, воинская специальность, возраст. Однако при изучении объекта исследования с позиции характера повреждения (заболевания) возникли определенные трудности при создании групп с использованием современных классификаторов, что обусловлено сравнительно небольшой численностью единиц наблюдения и достаточно объемными и детальными классификациями боевых поражений и патологических состояний. Например, только классов заболеваний Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) предлагает 19, не говоря о группах и подгруппах болезней. Создавшаяся ситуация поставила перед нами частную задачу выработки собственной группировки женщин, получивших стационарную помощь, по признаку характера повреждения (заболевания) в интересах решения задачи исследования и достижения его цели. В результате была разработана группировка, в основу которой положен принцип специализации оказания медицинской помощи:

- I – боевая травма;
- II – бытовая травма;
- III – соматические заболевания;

- IV – инфекционные заболевания;
- V – острые респираторные заболевания и другие заболевания органов дыхания;
- VI – гинекологические заболевания;
- VII – беременность и ее осложнения.

Дальнейший анализ показал необходимость уменьшения числа клинических групп до 4:

- A – травмы (I + II группы);
- B – соматические заболевания (III группа);
- V – инфекционные заболевания (IV + V группы);
- Г – гинекологические заболевания, беременность и ее осложнения (VI + VII группы).

В начале Великой Отечественной войны (февраль 1942 г.) была сформулирована лечебно-эвакуационная система этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению, базирующаяся на единой военно-полевой медицинской доктрине. Доктрина предполагала принципы единства, последовательности и преемственности лечебно-эвакуационных мероприятий, которые исключали противоречия в выборе тактики оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных, обеспечивая надежность функционирования всей системы. Свое уточнение с учетом современных условий система получила развитие в ходе медицинского обеспечения ограниченного контингента войск в Афганистане в 1979–1989 гг. [5].

Установленные доктриной принципы единства, последовательности и преемственности лечебно-эвакуационных мероприятий стали общеметодологической базой организации медицинского обеспечения в боевых условиях и надежности функционирования системы не только в период Великой Отечественной войны и послевоенных конфликтов, но и в современных условиях. В связи с чем предпринята попытка выявить связи количества этапов, на которых оказывалась помощь до определившегося исхода, с другими военно-медицинскими характеристиками.

Ясно, что даже в мирное время в стационарных условиях оказание стационарной медицинской помощи по одному и тому же случаю госпитализации может оказываться последовательно в нескольких лечебных учреждениях. Однако данные о числе таких учреждений в документах медицинской отчетности как на мирное, так и на военное время в настоящее время отсутствуют. Подсчитать число лечебных учреждений, в которых пациенты получали стационарную помощь в случае госпитализации по поводу одного и того же заболевания в мирное время, возможно только с помощью переводных эпикризов, которые вкладываются в историю болезни, заполняемую с нуля в каждом лечеб-

ном учреждении, т.е. в каждом лечебном учреждении формируется своя история болезни, которая после выписки или перевода пациента в другое учреждение сдается в архив и после хранения в течение 25 лет уничтожается установленным порядком. Таким образом, подсчитать обобщающее число этапов, на которых оказана медицинская помощь, довольно сложно.

В военное время, в условиях локальных вооруженных конфликтов история болезни, заведенная в первом же лечебном учреждении, оказывающем стационарную медицинскую помощь, сопровождает раненого, пострадавшего и больного через все этапы до учреждения, в котором завершено лечение с определенным исходом. Затем история болезни установленным порядком передается в Центральный архив военно-медицинских документов Военно-медицинского музея Минобороны РФ. Именно данными из этих историй болезней мы и воспользовались для подсчета числа этапов медицинской помощи, на которых оказывалась медицинская помощь в период проведения контртеррористических операций на Северном Кавказе.

Результаты и их анализ

Среди участников контртеррористических операций на Северном Кавказе в 1999–2002 гг., госпитализированных в военно-лечебные учреждения по поводу ранений, травм и заболеваний, доля женщин составила только около 1 %. 90,2 % госпитализированных являлись военнослужащими по контракту и 9,8 % – лицами гражданского персонала.

Распределение женщин-военнослужащих в зависимости от воинской специальности представлено на рис. 1. Как и следовало ожидать, основную долю всех госпитализаций составляли медицинские работники (врачи, медсестры, фельдшера, санитарные инструкторы) и сотрудники пунктов питания и военных складов, как самые многочисленные группы женщин-военно-



Рис. 1. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по специальностям.



Рис. 2. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по воинским званиям.

служащих в войсках. 8,8 % госпитализированных женщин-военнослужащих были радиотелеграфистами, связистами и операторами, 14,7 % – имели другие воинские специальности (офицеры штаба, финансисты, интенданты и др.).

Уместно заметить, что в Великую Отечественную войну (1941–1945 гг.) наибольшую долю среди госпитализированных женщин-военнослужащих также составляли медицинские работники. Например, среди всех раненых женщин-военнослужащих, направленных на лечение в специализированный ленинградский женский госпиталь № 1443, 39,2 % были медицинскими работниками, 13,8 % – минерами, 24,7 % – связистками, 7,4 % – поварами, 4,3 % – рядовыми стрелками, 1,8 % – снайперами, 1,2 % – зенитчицами, 1,5 % – разведчицами, 6,1 % – представителями других специальностей [2, 8, 10].

76,6 % госпитализированных женщин-военнослужащих в ходе проведения контртеррористических операций на Северном Кавказе были рядовыми, сержантами и старшинами, 18,5 % – прапорщиками и мичманами, 4,9 % – младшими офицерами (рис. 2). В Великую Отечественную войну доля рядовых и сержантов среди женщин-военнослужащих составила 88 %, офицеров – 12 % [8], т.е. были приблизительно такими же, как в анализируемом нами периоде времени.

Возраст женщин-военнослужащих, направленных на госпитализацию, колебался от 19 до 50 лет, средний возраст – $(32,2 \pm 0,5)$ лет. Распределение женщин-военнослужащих по возрастным группам было практически однородным (рис. 3). Более 60 % госпитализированных являлись молодыми женщинами в возрасте до 35 лет, что обуславливало необходимость, кроме основной причины госпитализации, осуществления консультаций гинекологом.

Имелись статистически значимые различия ($p < 0,01$) среднего возраста у женщин различ-

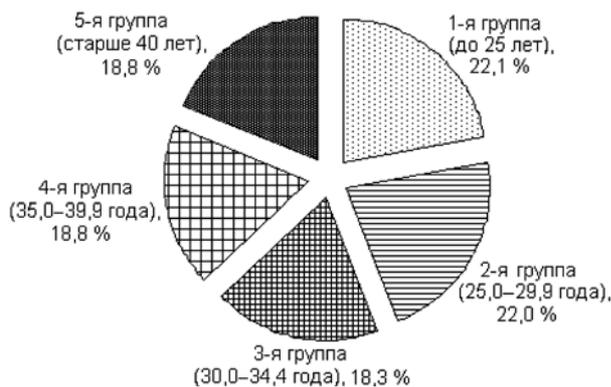


Рис. 3. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по возрастным группам.

ных воинских званий (рис. 4). Наиболее молодыми госпитализированными женщинами-военнослужащими оказались офицеры, их средний возраст составил $(26,3 \pm 0,7)$ года, а возрастной размах – от 23 до 30 лет. Средний возраст рядовых и сержантов равнялся $(31,0 \pm 0,6)$ года. Среди них были и самая молодая (19 лет), и самая старшая (50 лет) женщина. Возраст прапорщиков и мичманов колебался в интервале от 23 до 47 лет, средний возраст – $(38,0 \pm 1,0)$ год. В Великую Отечественную войну женщины-рядовые и сержанты, за редким исключением, имели возраст 18–20 лет, а офицеры – 20–35 лет и старше (преимущественно за счет медицинских работников), т.е. были моложе, чем в периоде рассматриваемых контртеррористических операций [9].

Статистически достоверные различия среднего возраста госпитализированных женщин-военнослужащих и женщин из числа гражданского персонала, участвовавших в контртеррористических операциях, обнаружены не

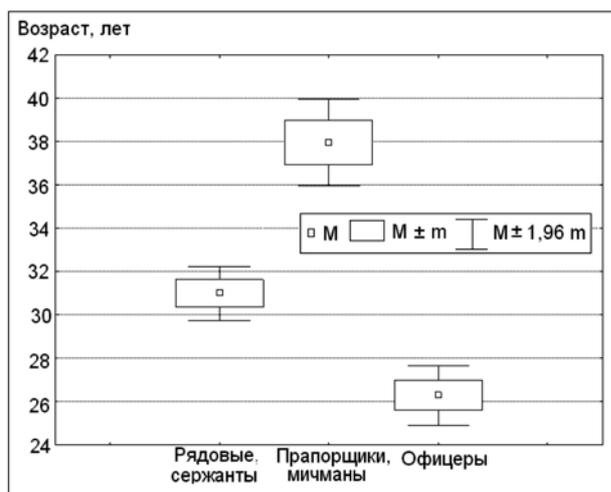


Рис. 4. Возраст госпитализированных женщин-военнослужащих различных воинских званий.

были ($p > 0,05$). Тем не менее, несколько меньшим он был у женщин-военнослужащих – $(32,1 \pm 0,6)$ года. Средний возраст женщин из числа гражданского персонала составил $(37,7 \pm 2,2)$ года.

Анализ среднего возраста женщин различных воинских специальностей статистически значимых различий не выявил ($p > 0,05$). У женщин медицинских специальностей он составил $(30,3 \pm 0,8)$ года, у сотрудников пунктов питания и военных складов – $(32,7 \pm 1,6)$ года и у женщин других специальностей – $(32,8 \pm 1,9)$ года. Наиболее старшими были женщины-связисты и операторы, их средний возраст – $(35,6 \pm 1,8)$ года.

Распределение женщин по возрастным группам было наиболее равномерным среди рядовых, сержантов и старшин (от 13,3 до 25,9 %) (рис. 5). Среди них наиболее часто госпитализировали женщин-военнослужащих 1-й (25,9%), 2-й (24,4 %) и 3-й (20,1 %) возрастных групп. В сумме 70 % госпитализированных медицинских работников были до 35 лет. Среди прапорщиков и мичманов больше всего госпитализировали женщин 5-й (39,4 %) и 4-й (36,4 %) возрастных групп. В сумме их доля равнялась 76 %. Основное количество женщин-офицеров госпитализировали во 2-й возрастной группе (см. рис. 5).

При оценке возрастной структуры женщин различных воинских специальностей выяснилось, что среди госпитализированных женщин медицинских и тыловых специальностей преобладали лица до 30 лет (1-я и 2-я возрастная группа): 46 % – из числа медицинских работников и 54 % – из числа сотрудников пунктов питания и военных складов. Около 60 % госпитализированных женщин-военнослужащих среди медицинских работников и 75 % среди сотрудников

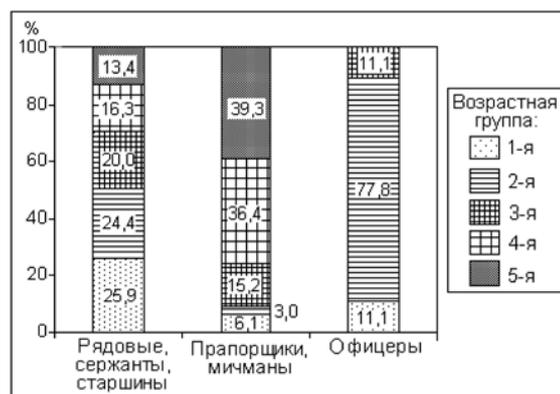


Рис. 5. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих различных воинских званий по возрасту.

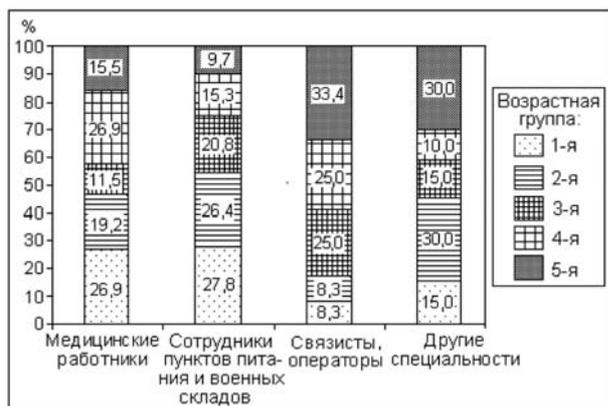


Рис. 6. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих различных специальностей по возрасту.

пунктов питания и военных складов были младше 35 лет (рис. 6).

Среди женщин-связистов и операторов наибольшее количество госпитализированных составили лица 4-й и 5-й возрастных групп, т.е. 58 % направленных в госпитали составили лица старше 35 лет. Среди женщин других специальностей 45 % были госпитализированы до 30 лет и 40 % – старше 35 лет. Приведенные данные демонстрируют статистически значимую ($p < 0,001$) связь воинской специальности и возрастной структуры госпитализированных женщин, проходивших военную службу в зоне проведения контртеррористических операций в 1999–2002 гг. на Северном Кавказе.

Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по возрастным группам оказалось практически равномерным (рис. 7). Из числа лиц гражданского персонала достоверно чаще направлялись в лечебные учреждения женщины 5-й возрастной группы (42,9 %). Следует отметить довольно высокую частоту встречаемости (около 35–45 %) пострадавших

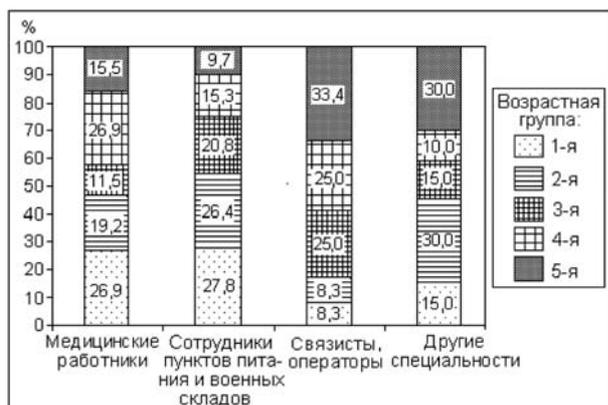


Рис. 7. Распределение госпитализированных женщин различных специальностей по возрасту.

среди женщин-военнослужащих и гражданского персонала в возрасте до 25 лет.

Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по группам специализации оказания медицинской помощи представлено на рис. 8, а по клиническим группам – на рис. 9.

Установлено, что в 59 % причиной госпитализации женщин-военнослужащих в период проведения контртеррористических операций на Северном Кавказе были соматические расстройства и инфекционные заболевания, а бытовые и боевые травмы и ранения – только в 18,5 % (рис. 10). Эта структура заболеваемости женщин-военнослужащих была иной, чем в мирное время (см. таблицу). Значимо больше было ранений и травм ($p < 0,001$), инфекционных ($p < 0,001$) и гинекологических болезней ($p < 0,01$).

Распределение женщин-военнослужащих различных воинских званий по клиническим группам представлено на рис. 11. Оказалось, что ведущими в структуре причин госпитализации у офицеров являлись инфекционные заболевания (55,6 %), у прапорщиков и мичманов –

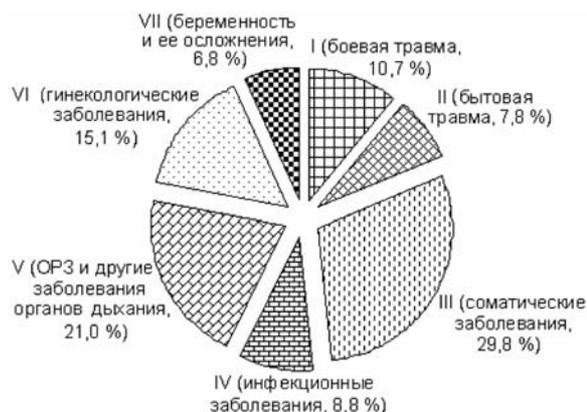


Рис. 8. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по группам специализации оказания медицинской помощи.



Рис. 9. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по клиническим группам.

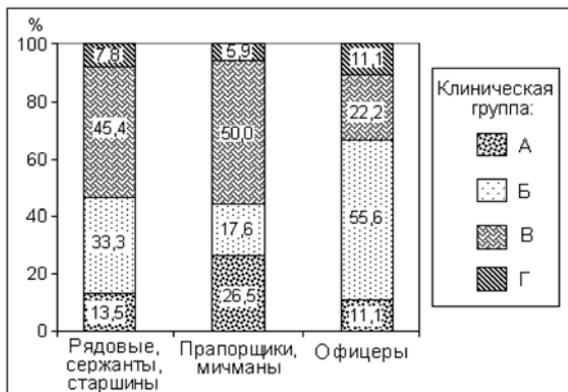


Рис. 10. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных воинских званий по клиническим группам.



Рис. 11. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих различных воинских специальностей по клиническим группам.

травмы (26,5%) и соматические болезни (50%), у женщин-военнослужащих рядового и сержантского состава – инфекционные (33,3%) и соматические (45,4%) заболевания.

Распределение женщин по клиническим группам статистически значимо ($p < 0,05$) связано с их воинскими специальностями (см. рис. 11). Например, медицинские работники (42,3%), связисты и операторы (75%) чаще всего госпитализировались по поводу соматических заболеваний, сотрудники пунктов питания и военных складов и женщины других специальностей чаще – по поводу инфекционных заболеваний (42,3 и 35,0% соответственно) и соматических заболеваний (34,6 и 40,0% соответственно). Доля женщин всех воинских специальностей, госпитализированных по поводу боевых и бытовых травм, оказалась практически одинаковой.

Выявилась устойчивая тенденция увеличения возраста с количеством доли госпитализированных женщин-во-

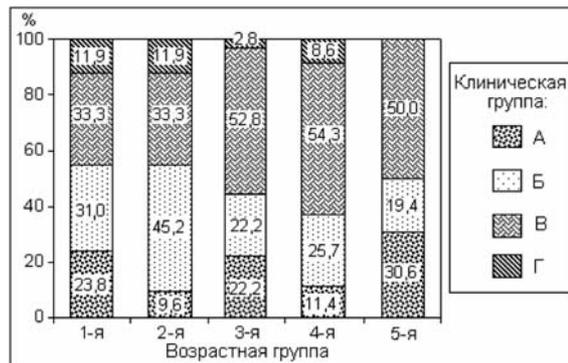


Рис. 12. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных возрастных групп по клиническим группам.

еннослужащих по поводу соматических заболеваний и уменьшения – по поводу инфекционных заболеваний (рис. 12). Наибольшая доля госпитализированных женщин по поводу травм была в 5-й возрастной группе (старше 40 лет).

Представляется интересным распределение госпитализации женщин по месяцам проведения контртеррористических операций и временам года (рис. 13). Преимущественная доля госпитализаций (39,3%) была осуществлена в период с октября 1999 г. по февраль 2000 г. Максимальная доля поступивших зарегистрирована в ноябре 1999 г. (10,7%) с последующим снижением к марту 2000 г. до 3,9%. По-видимому, этот подъем был связан с сезонным увеличением инфекционной заболеваемости и соматических расстройств, составляющих ведущую долю в структуре всех причин госпитализации, в результате снижения адаптационных возможностей организма. Второй подъем госпитализации пришелся на сентябрь–декабрь 2000 г., которая за этот период составила 14%, а максимальной оказалась доля госпи-

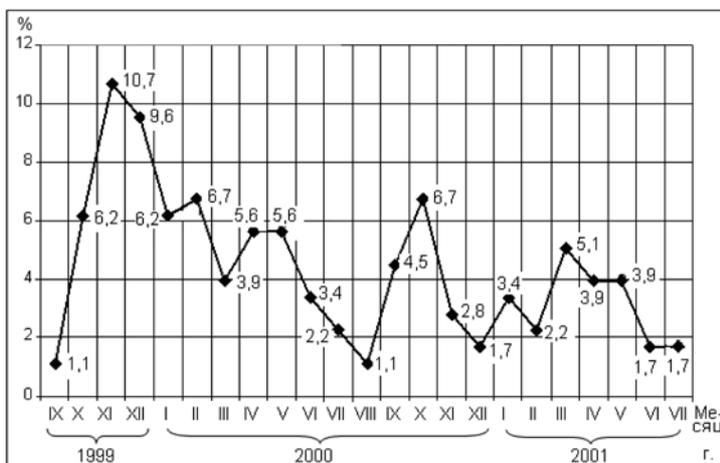


Рис. 13. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по месяцам проведения контртеррористических операций.

тализованных в октябре – 6,7 %. К ноябрю 2000 г. ситуация стабилизировалась, и доля госпитализаций в течение месяца находилась в интервале от 1,7 % в декабре 2000 г. до 5,1 % в марте 2001 г.

Таким образом, в динамике формирования стационарной заболеваемости женщин-военнослужащих можно выделить 2 периода: период интенсивной госпитализации – октябрь 1999 г. – февраль 2000 г. и период стабилизации с марта 2000 г. по июль 2001 г. с незначительным повышением в сентябре–октябре 2000 г. Распределение по этим периодам показало, что 50 % всех госпитализированных женщин поступили на стационарное лечение с сентября 1999 г. по май 2000 г.

Оказалось, что 17 % женщин-военнослужащих получили исчерпывающую стационарную медицинскую помощь в одном лечебном учреждении, 46,7 % – в двух и 36,3 % – в трех (рис. 14). Полагаем, что избыточное количество этапов медицинской госпитализации приводило не только к увеличению стоимости лечения, но и росту длительности временной нетрудоспособности, возникновению осложнений, и снижало качество жизни женщин-военнослужащих, связанных со здоровьем.

Распределение этапов медицинской эвакуации в возрастных группах представлено на рис. 15. Выявлено, что возраст пациентов не имел статистических связей ($p > 0,05$) с количеством этапов медицинской эвакуации. В то же время, следует указать на определенную тенденцию – женщины 5-й возрастной группы (старше 40 лет) в 50 % случаев получали медицинскую помощь в трех медицинских учреждениях.

Не выявлено значимой связи ($p > 0,05$) числа этапов медицинской эвакуации с воинским званием (рис. 16). Лечение оказалось достаточным в одном медицинском учреждении в 22,3 % офицерам, в 12,5 % – прапорщикам и

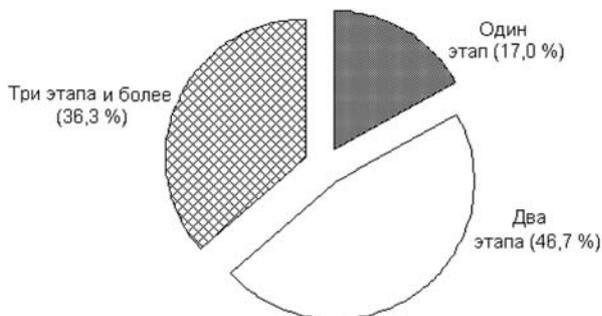


Рис. 14. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих по числу этапов медицинской эвакуации.



Рис. 15. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных возрастных групп по числу этапов эвакуации.



Рис. 16. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных воинских званий по числу этапов эвакуации.

мигрантам, в 17,4 % – женщинам рядового и сержантского состава.

Распределение женщин различных воинских специальностей по числу этапов медицинской эвакуации (рис. 17) показывает, что независимо от воинской специальности значительному количеству женщин-военнослужащих медицинская помощь была оказана на нескольких этапах медицинской эвакуации. На одном этапе (в одном медицинском учреждении) исчерпывающая медицинская помощь была оказана только 8 % медицинских работников, 22,1 % – сотрудников пунктов питания и военных складов и 15,8 % – женщин-военнослужащих других воинских специальностей.

Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных клинических групп по числу этапов эвакуации представлено на рис. 18. Само собой разумеется, что наиболее оптимальное лечение будет оказано при первичном направлении пострадавшего (заболевшего) в специализированное медицинское учреждение.

И если при лечении инфекционных болезней и соматической патологии организацию оказа-



Рис. 17. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных воинских специальностей по числу этапов эвакуации.

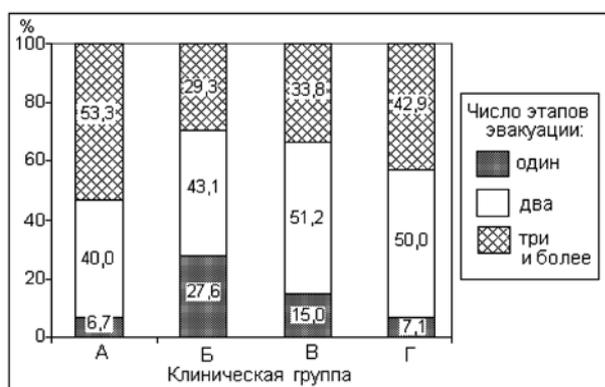


Рис. 18. Распределение госпитализированных женщин-военнослужащих разных клинических групп по числу этапов эвакуации.

ния медицинской можно признать правильным, в первом случае 71 % заболевших лечились в одном–двух медицинских учреждениях, во втором – 66 %, то при боевых и бытовых ранениях и травмах отмечается значительное увеличение этапов эвакуации. На одном–двух этапах оказание медицинской помощи при травмах и ранениях завершалось только в 47 % случаев. Возможно, увеличение этапов эвакуации было обусловлено не только тяжестью травмы, необходимостью проведения реконструктивного лечения, но и другими причинами. Вероятно также, что при гинекологической патологии количество этапов можно было бы снизить при наличии в первичном медицинском звене врачей-гинекологов.

Заключение

В общей структуре госпитализированных в военно-лечебные учреждения страны доля женщин-военнослужащих, находившихся в зоне ведения контртеррористических операций на Северном Кавказе в 1999–2002 гг., была незначительной (около 1 %). Из числа женщин, полу-

чивших медицинскую помощь, 90,2 % – являлись военнослужащими по контракту и 9,8 % – лицами гражданского персонала. 76,6 % женщин-военнослужащих имели воинские звания рядового и сержантского состава. Среди госпитализированных доминировали медицинские работники (57,4 %), сотрудники пунктов питания и военных складов (19,1 %), что можно объяснить их большей численностью.

Причинами госпитализации в 18,5 % были боевые и бытовые ранения и травмы, в 29,2 % – инфекционные заболевания, в 29,8 % – соматические расстройства, в 21,9 % – гинекологические заболевания, беременность и ее осложнения. Эта структура статистически достоверно отличалась от заболеваемости женщин-военнослужащих в мирное время. Распределение госпитализированных женщин по клиническим группам статистически значимо связано с их воинскими специальностями ($p < 0,05$). Установлена устойчивая тенденция увеличения возраста с количеством доли госпитализированных женщин-военнослужащих по поводу соматических заболеваний и уменьшения – по поводу инфекционных заболеваний.

17 % женщин-военнослужащих получили стационарную помощь на одном этапе медицинской эвакуации, 46,7 % – на двух и 36,3 % – на трех этапах. Возраст, воинское звание и специальность не имели статистических связей с количеством этапов медицинской эвакуации. Результаты анализа военно-медицинских характеристик свидетельствуют о необходимости решения медицинской службой и командованием ряда задач, связанных с охраной здоровья и оказанием медицинской помощи женщинам-военнослужащим, находящимся на театре военных действий.

Литература

1. Вашурина З.П. Исторический опыт привлечения женщин на военную службу в отечественные Вооруженные силы в XX веке : автореф. дис. ... канд. ист. наук. – М., 2004. – 23 с.
2. Грибовская Г.А. Женщины на войне – ненаписанная история // Женщина и война: о роли женщин в обороне Ленинграда. 1941–1944 гг. : сб. ст. – СПб. : Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2006. – С. 62–63.
3. Женщина и армия (история, современность, перспектива) / А.М. Шелепов, В.Г. Абашеев, Ю.В. Цвелев, В.В. Пешков, А.С. Пушкарев ; Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. – СПб. : ВМедА, 2005. – 210 с.
4. Медицинское обеспечение женщин военнослужащих в зоне боевых действий // Зарубеж. воен. медицина : инфор. бюл. – 2008. – № 5/6 (416/417). – С. 9–13.
5. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане 1979–1989 гг. / под ред. И.В. Синопаль-

никова ; Гл. воен. клинич. госпиталь им Н.Н. Бурденко. – М., 2006. – Т. I. Организация медицинского обеспечения войск. – 468 с.

6. Резванцев М.В., Иванова Л.В., Сивашенко П.П. Основные показатели состояния здоровья и заболеваемости отдельных категорий военнослужащих, проходящих службу по контракту // Воен.-мед. журн. – 2011. – № 6. – С. 72–73.

7. Сергеев М.Ю., Артифексов С.Б. Современные аспекты сексуально-репродуктивного поведения женщин-военнослужащих // Мед. альманах. – 2011. – № 6. – С. 14–16.

8. Толстов П.В. За оборону Ленинграда (записки начальника госпиталя) // Труды Военно-медицинского музея. – Л. : Воен.-мед. музей Минобороны СССР, 1965. – Т. XVII. – С. 95–107.

9. Шелепов А.М., Пешков В.В. Женщины на военной службе в Российской армии // Воен.-мед. журн. – 2003. – № 3. – С. 72–77.

10. Budko A.A.. Frauen im Sanitätsdienst der Sowjetischen Armee im Zweiten Weltkrieg // Mascha + Nina + Katjuscha: Frauen in der Roten Armee 1941–1945. – Berlin : Museum Berlin-Karlshorst, 2002. – S. 28–31.

11. Conard P.L., Sauls D.J. Deployment and PTSD in the Female Combat Veteran: A Systematic Review // Nursing Forum. – 2014. – Vol. 49, N. 1. – P. 1–10.

12. Gender differences in the effects of deployment-related stressors and pre-deployment risk factors on the development of PTSD symptoms in National Guard Soldiers deployed to Iraq and Afghanistan /

M.A. Polusny, M.J. Kumpula, L.A. Meis [et al.] // J. of Psychiatric Research. – 2014. – Vol. 49, N 1. – P. 1–9.

13. Goyal V., Mattocks K.M., Sadler A.G. High-Risk Behavior and Sexually Transmitted Infections Among U.S. Active Duty Servicewomen and Veterans // J. of Womens Health. – 2012. – Vol. 21, N 11. – P. 1155–1169.

14. O'Brien B.S., Sher L. Military sexual trauma as a determinant in the development of mental and physical illness in male and female veterans (Review) // Int. J. of Adolescent Medicine and Health. – 2013. – Vol. 25, N 3. – P. 269–274.

15. Prevalence of in-service and post-service sexual assault among combat and noncombat veterans applying for department of veterans affairs posttraumatic stress disorder disability benefits / M. Murdoch, M.A. Polusny, J. Hodges, N. O'Brien // 19th Annual Health Services Research and Development Services Meeting Location: Washington. Feb. 15, 2001 // Military Medicine. – 2004. – Vol. 169, N 5. – P. 392–395.

16. Suris A., Lind L. Military Sexual Trauma: A Review of Prevalence and Associated Health Consequences in Veterans // Trauma, Violence and Abuse. – 2008. – Vol. 9, N 4. – P. 250–269.

17. Trauma among female veterans: A critical review (Review) / H.M. Zinzow, A.L. Grubaugh, J. Monnier [et al.] // Trauma, Violence and Abuse. – 2007. – Vol. 8, N 4. – P. 384–400.

Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. – 2014. – N 1. – P. 5–15.

Grigoriev S.G., Baryshkova L.K., Evdokimov V.I. Voenno-meditsinskie kharakteristiki zhenshchinn-voennosluzhashchikh, gospitalizirovannykh v period provedeniya kontrterroristicheskikh operatsiy na Severnom Kavkaze (1999–2002) [Military medical characteristics of female soldiers who were hospitalized during the counter-terrorist operations in the North Caucasus (1999–2002)].

The Kirov Military Medical Academy (194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6);
The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia
(194044, Russia, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2)

Grigoriev Stepan Grigorjevich – Dr. Med. Sci., Prof. of Kirov Military Medical Academy (194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6), e-mail: gsg_rj@mail.ru;

Baryshkova Lyudmila Konstantinovna – Sen. Sci., Military Medical Museum of Kirov Military Medical Academy (191180, St. Petersburg, Lazaretny pereulok, 2);

Evdokimov Vladimir Ivanovich – Dr. Med. Sci., Prof. of Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (194044, St. Petersburg, Academica Lebedeva Str., 4/2), e-mail: 9334616@mail.ru.

Abstract. In the overall structure of those hospitalized in military hospitals of the country the proportion of female soldiers who were in the area of counter-terrorist operations in the North Caucasus in 1999–2002 was negligible (about 1 %). Of the women who received medical care, 90.2 % served under military contract and 9.8 % were civilian personnel. 76.6 % of female soldiers have military ranks of privates and sergeants. Among hospitalized, medical professionals (57.4 %) and employees of military depots and catering services (19.1 %) dominated, which can be explained by their greater numbers. Differences in age among women of different military ranks were significant ($p < 0.01$). 18.5 % of hospitalized women had battle (10.7 %) and household injuries and trauma, 29.2 % – infectious diseases, 29.8 % – somatic disorders, 21.9 % – gynecological diseases

and pregnancy and its complications. Leading causes of hospitalization in the officers were infectious diseases (55.6 %), in warrant officers – injuries (26.5 %) and somatic disorders (50 %), in female privates and sergeants – infectious (33.3 %) and somatic (45.4 %) diseases. Distribution of hospitalized women in clinical groups was statistically significantly associated with their military specialties ($p < 0.05$). Older female soldiers consistently tended to be hospitalized for physical illnesses, and younger female soldiers were more frequently hospitalized for infectious diseases. 17 % of female soldiers received inpatient care at one stage of medical evacuation (in one medical institution), 46.7 % – at two and 36.3 % – at three stages. Age, military rank and specialty had not statistical relationships with the number of stages of medical evacuation. Medical care for injuries and wounds was completed at one or two stages in only 47 % of cases. Not only the severity of the injury, but also the need for reconstructive treatment may have contributed to increased number of stages of evacuation. It is also likely that in case of gynecological pathology, the number of stages could be reduced if primary care gynecologists were available. Results of the analysis of military health characteristics suggest that the medical service and the command should address a number of problems related to health and medical care in women soldiers at the battle field.

Keywords: disaster medicine, military operations, counter-terrorism operations, the armed forces, female soldiers, military rank, age, injuries, wounds, diseases, the North Caucasus.

References

1. Vashurina Z.P. Istoricheskiy opyt privlecheniya zhenshchin na voennuyu sluzhbu v otechestvennyye Vooruzhennyye sily v XX veke [The historical experience of women attracting into military service in the national Armed forces in the XX century]. Moskva 2004. 23 p. (In Russ.)
2. Gribovskaya G.A. Zhenshchiny na voine – nenapisannaya istoriya [Women in war – the unwritten history]. Zhenshchina i voina: o roli zhenshchin v oborone Leningrada. 1941–1944 [Woman and war: the role of women in the defense of Leningrad. 1941–1944]. Sankt-Peterburg. 2006. P. 62–63. (In Russ.)
3. Shelepov A.M., Abashev V.G., Tsvelev Yu.V. [et al.]. Zhenshchina i armiya (istoriya, sovremennost', perspektiva) [The woman and the army (past, present, future)]. Sankt-Peterburg. 2005. 210 p. (In Russ.)
4. Meditsinskoe obespechenie zhenshchin voennosluzhashchikh v zone boevykh deistviy [Medical support to the women soldiers in the combat zone]. *Zarubezhnaya voennaya meditsina* [Foreign military medicine]. 2008. N 5/6 (416/417). P. 9–13. (In Russ.)
5. Opyt meditsinskogo obespecheniya voisk v Afganistane 1979–1989 [The experience of medical support to the troops in Afghanistan 1979–1989]. Moskva. 2006. Vol. 1. Organizatsiya meditsinskogo obespecheniya voysk. 468 p. (In Russ.)
6. Rezvantsev M.V., Ivanova L.V., Sivashchenko P.P. Osnovnye pokazateli sostoyaniya zdorov'ya i zaboлеваemosti otdel'nykh kategoriy voennosluzhashchikh, prokhodyashchikh sluzhbu po kontraktu [Main indicators of health status and morbidity of particular categories of soldiers serving on contract]. *Voенно-медитсинский журнал* [Military medical journal]. 2011. N 6. P. 72–73. (In Russ.)
7. Sergeev M.Yu., Artifeksov S.B. Sovremennyye aspekty seksual'no-reproduktivnogo povedeniya zhenshchin-voennosluzhashchikh [Modern aspects of sexually-reproductive behaviour of women soldiers]. *Meditsinskiy al'manakh* [Medical almanac]. 2011. N 6. P. 14–16. (In Russ.)
8. Tolstov P.V. Za oboronu Leningrada (zapiski nachal'nika gosptalya) [For the defense of Leningrad (notes of the hospital head)]. *Trudy Voенно-медитсинского музeya* [Proceedings of the military-medical Museum]. Leningrad. 1965. T. XVII. P. 95–107. (In Russ.)
9. Shelepov A.M., Peshkov V.V. Zhenshchiny na voennoy sluzhbe v Rossiyskoy armii [Women in military service in the Russian army]. *Voенно-медитсинский журнал* [Military medical journal]. 2003. N 3. P. 72–77. (In Russ.)
10. Budko A.A. Frauen im Sanitätsdienst der Sowjetischen Armee im Zweiten Weltkrieg. *Mascha + Nina + Katjuscha : Frauen in der Roten Armee 1941–1945*. Berlin 2002. S. 28–31.
11. Conard P.L., Sauls D.J. Deployment and PTSD in the Female Combat Veteran: A Systematic Review. *Nursing Forum*. 2014. Vol. 49, N. 1. P. 1–10.
12. Polusny M.A., Kumpula M.J., Meis L.A. [et al.]. Gender differences in the effects of deployment-related stressors and pre-deployment risk factors on the development of PTSD symptoms in National Guard Soldiers deployed to Iraq and Afghanistan. *J. of Psychiatric Research*. 2014. Vol. 49, N 1. P. 1–9.
13. Goyal V., Mattocks K.M., Sadler A.G. High-Risk Behavior and Sexually Transmitted Infections Among U.S. Active Duty Servicewomen and Veterans. *J. of Womens Health*. 2012. Vol. 21, N 11. P. 1155–1169.
14. O'Brien B.S., Sher L. Military sexual trauma as a determinant in the development of mental and physical illness in male and female veterans (Review). *Int. J. of Adolescent Medicine and Health*. 2013. Vol. 25, N 3. P. 269–274.
15. Prevalence of in-service and post-service sexual assault among combat and noncombat veterans applying for department of veterans affairs posttraumatic stress disorder disability benefits / M. Murdoch, M.A. Polusny, J. Hodges, N. O'Brien // 19th Annual Health Services Research and Development Services Meeting Location: Washington. Feb. 15, 2001. *Military Medicine*. 2004. Vol. 169, N 5. P. 392–395.
16. Suris A., Lind L. Military Sexual Trauma: A Review of Prevalence and Associated Health Consequences in Veterans. *Trauma, Violence and Abuse*. 2008. Vol. 9, N 4. P. 250–269.
17. Zinzow H.M., Grubaugh A.L., Monnier J. [et al.]. Trauma among female veterans: A critical review (Review). *Trauma, Violence and Abuse*. 2007. Vol. 8, N 4. P. 384–400.