

Гончаров С.Ф., Петлах В.И., Розинов В.М.

## МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПОТРАДАВШИМ В ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТАХ И ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Москва;  
НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

Goncharov S.F., Petlakh V.I., Rozinov V.M.

## MEDICAL CARE FOR CHILDREN, DAMAGED IN LOCAL MILITARY CONFLICTS AND TERRORIST ATTACKS

All-Russian Center for Disaster Medicine «Protection», Moscow;  
Research Institute of pediatric surgery of N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

### Резюме

Представлены статистические данные зарубежных и отечественных источников о детях, пострадавших в результате военных конфликтов и террористических актов. Рассматриваются организационные формы оказания медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях и специфические проблемы лечебно-диагностической тактики в условиях вооруженных конфликтов, в первую очередь вопросы военно-полевой хирургии. На опыте работы в Чеченской Республике и в г. Беслане показана эффективность новой модели организации специализированной хирургической помощи детям – полевого педиатрического госпиталя.

**Ключевые слова:** локальный вооруженный конфликт, террористический акт, огнестрельные ранения, хирургическая помощь, полевой педиатрический госпиталь, дети

### Abstract

Statistical data of foreign and domestic sources of children damaged in armed conflicts and terrorist acts are presented. The authors discuss the organizational forms of medical care to children in emergency situations and specific problems of medical diagnostic tactics in situations of armed conflict in the first place, questions of military surgery. The efficacy of a new model of organization of specialized surgical care for children – the field of pediatric hospital are demonstrated on experience in the Chechen Republic and in Beslan.

**Key words:** local armed conflicts, terrorist attacks, gunshot wounds, surgical care, children's field hospital, children

За последние 500 лет государства Европы, Африки и Азии пребывали в состоянии войны больше времени, чем в состоянии мира. С начала XXI столетия в мире ежегодно возникало от 14 до 21 крупных вооруженных конфликтов [22]. Возросшие возможности поражающих факторов современного оружия и ведение боевых действий преимущественно в городах привели к увеличению доли гражданских лиц среди жертв (табл. 1).

Внутренние конфликты обычно связаны с еще более высоким коэффициентом потерь среди гражданских лиц, чем конфликты между национальными государствами. Было подсчитано,

что более 1 млрд детей проживали в районах конфликтов, причем 300 млн из них были в возрасте до 5 лет [17]. За 10 лет в ходе вооруженных конфликтов 2 млн детей погибли, 6 млн остались бездомными, 12 млн получили ранения или остались инвалидами; кроме того, по меньшей мере 300 тыс. детей-солдат участвуют в 30 конфликтах в различных точках земного шара [18].

Не только войны, но и террористические нападения на гражданских лиц приводят к значительному числу убитых или раненых детей. Структура санитарных потерь при террористических актах зависела от вида использованного оружия или взрыв-

**Таблица 1.** Соотношение военных и гражданских лиц среди погибших в наиболее крупных войнах XX и XXI столетий

| Война                 | Годы      | Гражданские/военные |
|-----------------------|-----------|---------------------|
| Русско-японская война | 1904–1905 | 0,16                |
| Первая мировая война  | 1914–1918 | 0,72                |
| Вторая мировая война  | 1939–1945 | 1,71                |
| Корейская война       | 1950–1953 | 3,09                |
| Вьетнамская война     | 1964–1973 | 2,17                |
| Война в Ираке         | 2003–2004 | 7,78                |

**Примечание.** Всего погибших среди военных во всех представленных войнах – 39961 000; всего погибших среди гражданского населения – 56 728 000 [22].

ного устройства, а также мер, применявшихся для освобождения заложников. Среди детей, нуждавшихся в стационарной помощи после захвата школы в Беслане (2004), 62% имели огнестрельные ранения [8]. Значительную частоту огнестрельных ранений у детей, пострадавших при актах терроризма, отмечали и зарубежные авторы [21, 23].

Проблема детей в вооруженных конфликтах носит международный характер и требует совместных путей решения. Важно признать, что прекращение насилия не обязательно означает прекращение воздействия на здоровье детей. Мины остаются проблемой и после окончания конфликта, и более 90% жертв противопехотных мин сегодня являются гражданскими лицами, причем каждый четвертый из них – ребенок. По данным ООН, более 80 млн мин еще находятся в земле по всему земному шару и могут привести к 15 000–20 000 новых несчастных случаев ежегодно [18, 24]. Признание того, что от наземных мин пострадало мирных жителей больше, чем военнослужащих, в 1997 г. привело к подписанию так называемой Конвенции о запрещении мин, но не все страны ратифицировали это соглашение. Серьезной проблемой является психологическая травма у детей, постстрессовый синдром, влияние которого может передаваться и на следующие поколения [13, 15].

В условиях военных конфликтов наиболее эффективно использовать медицинские подразделения вооруженных сил, характеризующиеся высокой мобильностью и находящиеся в постоянной готовности. Мобильные медицинские подразделения армий стран НАТО располагают возможностью включать в свой состав различных специалистов, они снабжены автономными источниками энергоснабжения, очистки воды и т.д. Данные подразделения эффективно зарекомендовали себя в ходе миротворческих

миссий ООН, отличаясь высокой профессиональной подготовкой и возможностями эвакуации пораженных наземным, воздушным и водным транспортом из любой точки земного шара [14, 16] (табл. 2).

Структура санитарных потерь среди населения при локальных вооруженных конфликтах (ЛВК) детерминирована особенностями стрелкового вооружения противоборствующих сторон, использования артиллерии, авиации, минных заграждений и т.д. [1, 3, 5, 25]. По данным французских военных медиков, в Восточном Тиморе и Чаде 22% всех операций по экстренным показаниям выполнены детям-беженцам [16]. Необходимость включать в состав полевых госпиталей специалистов педиатрического профиля и соответствующего оборудования очевидна для военных медиков, среди пациентов во время нахождения в зоне военных конфликтов за рубежом дети составляли 25–33% [14, 16, 20].

В условиях ЛВК на территории России число детей, нуждавшихся в медицинской помощи, варьировало в зависимости от зоны их пребывания и активности ведения боевых действий. В Чеченской Республике (1994–1995, 1999–2002 гг.) в полевых госпиталях ВЦМК «Защита» дети составляли 7–16% от числа всех гражданских пациентов [2, 4]. В военном госпитале в Ханкале хирургическую помощь в 11,6% наблюдений оказывали детям [1]. Следует отметить, что в период активных боевых действий доля детей в общем потоке раненых не превышала 5%, а после возвращения беженцев в места постоянного проживания эта цифра возрастала до 45% [4, 10]. Данная закономерность объясняется тем, что в разгар боевых действий родители эвакуировали детей в труднодоступные сельские районы, а после возвращения последние становились основными жертвами «минной войны» на тер-

**Таблица 2.** Зарубежные данные о детях, пострадавших в военных конфликтах и террористических актах

| Вид ЧС                | Год       | Зона ЧС              | Общее число пострадавших | Число пострадавших детей |                           | Авторы                     |
|-----------------------|-----------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
|                       |           |                      |                          | Абс.                     | %                         |                            |
| Террористические акты | 1995      | Оклахома-Сити        | 816                      | 66                       | 8,0                       | Quintana D.A. et al., 1997 |
|                       | 2000–2001 | Израиль              | –                        | 160                      | –                         | Waisman Y. et al., 2003    |
|                       | 2002      | Израиль              | –                        | 138                      | –                         | Aharonson-Daniel, 2003     |
| Локальные конфликты   | 1992      | Афганистан           | 10 836                   | 2709                     | 25                        | Jeffrey S.J. et al., 1996  |
|                       | 1991–1995 | Эритрея              | 248                      | 102                      | 41                        | Hanevik K. et al., 2000    |
|                       | 1991–2000 | Босния и Герцеговина | 4064                     | 549                      | 14                        | Kinra S. et al., 2003      |
|                       | 1999–2000 | Восточный Тимор      | 5017                     | 1104                     | 22                        | Dunn A.C., 2002            |
|                       | 2001–2004 | Афганистан и Ирак    | 24 227                   | 1012                     | 4,2 (10% всех койко-дней) | Burnett M.W. et al., 2008  |

риториях с обилием невзорвавшихся боеприпасов и иных взрывоопасных предметов. В соответствии с показателями работы полевого многопрофильного госпиталя (ПМГ) ВЦМК «Защита» за 1994–2002 гг. в структуре больных и пораженных хирургического профиля от 5,8 до 11,9% приходилось на пациентов детского возраста [5].

Формы и методы организации хирургической помощи детям в мировой практике характеризуются существенными отличиями. Принципиальное отличие отечественной системы организации здравоохранения состоит в том, что медицинская помощь детям оказывается специалистами, подготовленными на педиатрических факультетах вузов, обособлены программы последипломной подготовки, выделены профильные НИИ и ЛПУ. Данные обстоятельства определяют необходимость привлечения врачей педиатрического профиля для работы в чрезвычайных ситуациях (ЧС).

Необходимо указать, что еще в 1984 г. по инициативе II ГУ Минздрава СССР в интересах обеспечения НИР и ОКР по проблеме «Защита населения и войск от оружия массового поражения» в составе Проблемной комиссии союзного значения была сформирована секция «Травма военного времени у детей», в рамках деятельности которой осуществлялись планирование, научно-методическое руководство и координация работ по совершенствованию системы оказания медицинской помощи пораженным на этапах медицинской эвакуации [7, 9].

В 1990–1993 гг. указанное направление работ проводилось в составе специализированных меди-

цинских бригад постоянной готовности Всесоюзного (Всероссийского) научно-практического центра экстренной медицинской помощи. Последующая научно-практическая и организационно-методическая деятельность специалистов педиатрического профиля осуществлялась под эгидой Всероссийского центра медицины катастроф (ВЦМК) «Защита». Сводные литературные данные участия педиатров в ликвидации медицинских последствий ЛВК и терактов приведены в таблице 3.

Масштабная по широте задач, объему и длительности работы деятельность ВЦМК «Защита» в Северо-Кавказском регионе (1994–2000 гг.) потребовала новой организационной формы – педиатрических бригад в структурах ПМГ или мобильных медицинских комплексов оперативных групп МЧС России.

В активную фазу боевых действий полевые госпитали развертывались на близлежащих территориях (Северная Осетия, Ингушетия) и проводили прием эвакуированных из зоны военного конфликта раненых и больных (Моздок), а также осуществляли медицинское обслуживание беженцев. После оказания квалифицированной медицинской помощи пациентов направляли в территориальные ЛПУ. По мере стихания боевых действий (февраль 1995 г.) ПМГ был передислоцирован в г. Грозный, где входил в оперативную группу МЧС России и являлся практически единственным функционирующим лечебным учреждением для гражданского населения всех возрастных групп, осуществляя неотложную медицинскую помощь, включая родовспоможение [4, 5, 10].

**Таблица 3.** Участие специалистов педиатрического профиля в ликвидации медицинских последствий военных конфликтов и террористических актов

| Год       | Вид и зона ЧС             | Общее число пострадавших | Число пострадавших детей |      |
|-----------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
|           |                           |                          | Абс.                     | %    |
| 1992      | ЛВК, Владикавказ          | 151                      | 12                       | 7,9  |
| 1994–1996 | ЛВК, Чеченская Республика | 12 513                   | 728                      | 5,8  |
| 1995      | Теракт, г. Владикавказ    | 18                       | 18                       | –    |
| 1995      | Теракт, Буденновск        | 347                      | 35                       | 10,1 |
| 1996      | Теракт, г. Кизляр         | 126                      | 31                       | 24,6 |
| 1996      | Теракт, г. Каспийск       | 78                       | 4                        | 5    |
| 1999–2000 | ЛВК, Чеченская Республика | 30 509                   | 3637                     | 11,9 |
| 1999      | Теракт, г. Буйнакск       | 42                       | 5                        | 12   |
| 1999–2001 | ЛВК, Ингушетия            | 48 234                   | 11 991                   | 24,9 |
| 2004      | Теракт, Беслан            | 710                      | 365                      | 51,4 |

Спецификой работы полевых госпиталей ВЦМК «Защита» в Северокавказском регионе, безусловно, была необходимость организации медицинской помощи детям с огнестрельными ранениями, навыков в лечении которых у гражданских специалистов было недостаточно [2, 5, 10]. Следует признать, что опыт, приобретенный в период войны в Афганистане, ЛВК на территории бывшего СССР и современной России радикально сказался на уровне подготовки военных медиков [3]. В военно-полевой хирургии детально разработаны принципы хирургической обработки огнестрельных ран, с успехом внедряются современные методы диагностики и лечения. Однако данный опыт не стал в необходимой мере достоянием гражданского здравоохранения. Применительно к педиатрическому звену отечественного здравоохранения практические навыки лечения детей с огнестрельными поражениями до последнего времени ограничивались единичными наблюдениями. Поэтому совместная работа детских хирургов в составе полевых госпиталей по оказанию хирургической помощи большому числу взрослых раненых способствовала приобретению бесценного опыта, который впоследствии успешно применялся при лечении детей с огнестрельными поражениями.

В работе полевых госпиталей наибольшие трудности представляло массовое поступление раненых, при котором медицинская сортировка являлась составным организационным элементом системы ле-

чебно-эвакуационных мероприятий как в военное, так и в мирное время [3]. Применительно к детям вопросы медицинской сортировки были предметом научной разработки в части пораженных с тяжелыми механическими и термическими травмами [7, 9]. В соответствии с результатами этих исследований существенным отличием медицинской сортировки в педиатрической практике является выделение 3-х групп пораженных: с неблагоприятным, сомнительным и благоприятным для жизни прогнозом. Базовые проблемы медицинской сортировки детей с огнестрельными ранениями до настоящего времени ограничено представлены в отечественной и зарубежной литературе [5, 6, 12, 19] и не нашли своего отражения в нормативных документах и наставлениях.

Не менее значимой проблемой оказания медицинской помощи в условиях ЛВК являлись термические поражения. Современные технологии лечения детей с обширными и глубокими ожогами проблематично реализовать в условиях полевых формирований СМК. Наиболее сложными остаются вопросы обоснования объема и содержания медицинской помощи на конкретном этапе медицинской эвакуации.

Таким образом, медицинскую помощь, оказываемую детям в ПМГ, можно охарактеризовать как квалифицированную с элементами неотложной специализированной. Для дальнейшего лечения детей эвакуировали санитарным авиационным транспортом (вертолеты) в специализированные педиатрические центры близлежащих регионов.

Серьезная проблема в медицинском обеспечении населения возникла в период проведения контртеррористической операции (2001–2002 гг.), когда здравоохранение Чеченской Республике было в состоянии оказывать лишь неотложную медицинскую помощь. Особую остроту в этот период представляла проблема организации и оказания различных видов специализированной помощи в педиатрическом звене здравоохранения Чеченской Республики, характеризующейся высоким (42–45%) удельным весом детского населения. Для решения данных проблем Минздравом России было принято решение о развертывании в Гудермесском районе Чеченской Республики совершенно нового формирования ВЦМК «Защита» – *полевого педиатрического госпиталя (ППГ)*.

За время работы (апрель 2001 г. – июль 2002 г.) в стационаре ППГ на 50 коек медицинская помощь была оказана 2817 больным, проведено 34 554 амбулаторных консультаций. Госпиталь обладал современной диагностической аппаратурой, хорошо оборудованным операционно-анестезиологическим блоком, отделением реанимации и интенсивной терапии на 6 коек с кюветами для новорожденных. Необходимо отметить, что профилизация коек трансформировалась в соответствии с меняющейся структурой госпитализированных больных и медико-тактической обстановкой. В ППГ был организован телемедицинский пункт, оборудованный спутниковой системой. Госпиталь имел пополняемый запас медикаментов, собственное электропитание и кислород.

Основу кадровой структуры ППГ составили штатные и нештатные специалисты ВЦМК «Защита», работавшие вахтовым методом (длительность командирования в среднем составила 45 суток). Врачи педиатрического профиля были представлены хирургами, педиатрами, отоларингологами, невропатологами, анестезиологами-реаниматологами, эндоскопистами, врачами ультразвуковой диагностики. Среди детских хирургов были специалисты, имевшие углубленную подготовку по травматологии-ортопедии, комбустиологии, урологии, торакальной хирургии и нейрохирургии. Следует отметить высокий уровень квалификации специалистов: врачи высшей и первой квалификационных категорий составили 60%, среди них было 17 докторов и кандидатов медицинских наук.

Первоочередной задачей госпиталя было оказание экстренной специализированной медицинской помощи детскому населению республики. Наряду

с этим в госпитале был выполнен значительный объем консультативной, амбулаторной и стационарной плановой медицинской помощи. Следует подчеркнуть, что вид и содержание специализированной помощи варьировали в зависимости от состава привлеченных специалистов и наличия соответствующего оборудования. Обращало внимание, что в данном регионе было выявлено большое число детей с хирургическими и ортопедическими заболеваниями, в том числе пороками развития, своевременно не устраненными в оптимальные для данной патологии возрастные сроки. Значительный раздел хирургической работы составили дети с последствиями травм в результате несвоевременной либо неадекватной медицинской помощи.

Пораженные с огнестрельными ранениями характеризовались тяжестью общего состояния, преобладанием множественных и сочетанных повреждений, а процесс диагностического и лечебного обеспечения данного контингента в ППГ был сопряжен с объективными организационными и клиническими сложностями, результировался летальностью (5,7%), втрое превышавшей соответствующий показатель по госпиталю в целом. Доля взрослых больных – 9,6%, среди них 38,1% составили военнослужащие. Значительный удельный вес взрослых, в том числе военнослужащих федеральной группировки и сотрудников МВД ЧР, определялся тем, что в условиях террористических актов и боестолкновений педиатрический госпиталь фактически выполнял функции первого этапа медицинской эвакуации для данного контингента пораженных [6].

Использование полевого госпиталя в качестве модели замещения нефункционирующего педиатрического звена территориального здравоохранения в условиях пролонгированного вооруженного локального конфликта – уникальный опыт в мировой и отечественной практике медицины катастроф.

Второй вариант применения ППГ был осуществлен в 2004 г. во время террористического акта в г. Беслане. В состав бригады входили сотрудники ВЦМК «Защита», МНИИ педиатрии и детской хирургии, ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского, Госпиталя Центроспаса МЧС России, всего 20 врачей и 10 медицинских сестер. Учитывая специализацию полевого госпиталя, на территории больницы был развернут распределительный пункт, в котором осуществлялась сортировка пострадавших: взрослых направляли в приемное отделение ЦРБ, а детей –

в приемно-сортировочный модуль ППГ. Следует отметить эффективное решение руководства госпиталя о развертывании этого модуля, так как сортировка пострадавших вне модуля была резко затруднена из-за огромного количества родственников, находящихся на территории больницы [8, 11].

Всего в ППГ поступило 311 детей, проведено 47 операций, в том числе 7 операций на органах грудной и брюшной полости. В госпитально-эвакуационном модуле проводили реанимационную помощь до стабилизации состояния и возможности эвакуации в клиники Владикавказа. В дальнейшем, 146 детей, нуждавшихся в специальных методах лечения, были эвакуированы в гг. Москву и Ростов. Эффективность лечебно-эвакуационных мероприятий определялась заблаговременным планированием и подготовкой системы медицинского обеспечения, взаимодействием службы медицины катастроф и МЧС России, а также накопленным уникальным опытом работы педиатрических формирований медицины катастроф.

### Заключение

В течение двух последних десятилетий в системах здравоохранения различных стран сформировались специализированные службы оперативного реагирования, объединяемые интернациональным понятием медицины катастроф. В нашей стране эволюция службы медицины катастроф, подталкиваемая бурными общественно-политическими, природными и технологическими процессами на территории бывшего СССР, осуществлялась интенсивно и многопланово, опираясь на традиции отечественной военно-полевой медицины. В части оказания медицинской помощи детям в условиях военных конфликтов и террористических актов за указан-

ный временной промежуток пройден большой путь от привлечения отдельных специалистов-педиатров в состав бригад экстренного реагирования до организации ППГ. Приобретенный в ППГ опыт позволяет сделать вывод о необходимости комплектования специализированных формирований, работающих в зонах вооруженных конфликтов, врачами хирургами и анестезиологами-реаниматологами, получившими специальную подготовку по военно-полевой хирургии с соответствующим инструментальным и медикаментозным обеспечением для оказания помощи пораженным с огнестрельной травмой.

Концепция ППГ, реализованная в Чеченской Республике и при террористическом акте в Беслане, представляет эффективную модель организации и оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи детскому населению. Использование полевого госпиталя для замещения нефункционирующего педиатрического звена территориального здравоохранения в условиях пролонгированного вооруженного локального конфликта – это уникальный опыт в мировой и отечественной практике медицины катастроф.

Дальнейшие перспективы совершенствования медицинской помощи детям в ЧС определяются формированием специализированных педиатрических бригад в составе территориальных центров медицины катастроф, интенсификацией целенаправленных научных исследований, внедрением организационного и клинического опыта. Достижения мировой и отечественной службы медицины катастроф в части оказания неотложной и специализированной медицинской помощи детям в ЧС должны найти отражение в программах подготовки специалистов на циклах последипломного повышения квалификации.

### Список литературы

1. *Авитисов П.В., Кудрявцев Б.П., Лобанов А.К., Фидуров Э.З.* Опыт взаимодействия медицинских сил при обеспечении контртеррористических мероприятий в Чеченской Республике // *Воен.-мед. журн.* 2001. №9. С. 4–9.
2. *Бобий Б.В.* Пораженные среди мирного населения вследствие ведения военных действий. – М.: ВЦМК «Защита», 2003. – 25 с.
3. *Брюсов П.Г., Хрупкин В.И.* Современная огнестрельная травма // *Воен.-мед. журн.* 1996. Т. 317, №2. С. 23–27.
4. *Гончаров С.Ф., Назарова И.А., Сахно И.И.* Организация работы полевых госпиталей медицины катастроф для оказания медицинской помощи вынужденным переселенцам (беженцам). – М.: ВЦМК «Защита», 2004. – 236 с.
5. *Кудрявцев Б.П., Смирнов И.А., Назарова И.А.* Специализированная медицинская помощь пораженным хирургического профиля в локальных вооруженных конфликтах // *Медицина катастроф.* 2002. №3–4 (39–40). С. 51–55.

6. Петлах В.И., Розинов В.М., Яндиев С.И., Горчаков С.А., Шабанов В.Э., Джелиев И.Ш. Оказание хирургической помощи пораженным с боевой травмой в полевом педиатрическом госпитале // Медицина катастроф. 2005. № 1. С. 34–37.
7. Розинов В.М., Рябочкин В.М. Организация медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях // Организация и оказание медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях / Под ред. Е.Г. Жилиева, Г.И. Назаренко. – М., 2001. С. 87–94.
8. Розинов В.М., Петлах В.И., Яндиев С.И., Иванов Д.Ю., Джелиев И.Ш. Характеристика санитарных потерь среди детей при террористическом акте в г. Беслане // Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии: Материалы научно-практической конференции детских травматологов-ортопедов России. – Саратов, 14–16 сентября 2005 г. – СПб., 2005. С. 9–10.
9. Рябочкин В.М., Ваганов Н.Н., Державин В.М., Розинов В.М. Катастрофы и дети / Под ред. Ю.Ф. Исакова. – М., 1997. – 177 с.
10. Сахно В.И. Особенности медицинского обеспечения при террористических актах и локальных вооруженных конфликтах // Медицина катастроф. 2001. № 1. С. 16–19.
11. Слепушкин В.Д. Работа службы анестезиологии-реаниматологии больницы Беслана при ликвидации медицинских последствий террористического акта // Клин. анестезиол. и реаниматол. 2004. Т. 1, № 4. С. 34–36.
12. Дюфур Д., Кроманн Йенсен С., Уэн-Смит М., Салмела И., Стенинг Дж. Ф., Зеттерстрем Б. Хирургическая помощь жертвам войны. – Женева: Международный Комитет Красного Креста, 1993. – 211 с.
13. Barbara J.S. The impact of war on children // B.S. Levy, V.W. Sidel (Eds.). War and public health. – Oxford: Oxford University Press, 2008. P. 179–192.
14. Burnett M.W., Spinella P.C., Azarow K.S., Callahan C.W. Pediatric care as part of the US Army medical mission in the global war on terrorism in Afghanistan and Iraq, December 2001 to December 2004 // Pediatrics. 2008, Feb. Vol. 121, N 2. P. 261–265.
15. Devakumar D., Birch M., Osrin D., Sondorp E., Wells J.C. The intergenerational effects of war on the health of children // BMC Med. 2014, Apr. Vol. 12. P. 57.
16. Dunn A.C. East Timor: the work of the New Zealand Forward Surgical Team from 1999 to 2000 // Mil. Med. 2002, Oct. Vol. 167, N 10. P. 810–811.
17. UNICEF Machel study 10-year strategic review. Children and conflict in a changing world. UNICEF, New York, USA, 2009.
18. United Nations. Children and armed conflict: Report of the Secretary-General. UN Document A/62/609-S/2007/757. New York, 21 December 2007, paragraph 86.
19. Kenningham K., Koelema K., King M.A. Pediatric disaster triage education and skills assessment: a coalition approach // J. Emerg. Manag. 2014, Mar-Apr. Vol. 12, N 2. P. 141–151.
20. Pearn J. Children and war // J. Paediatr. Child Health. 2003. Vol. 39. P. 166–172.
21. Peleg K., Rozenfeld M., Dolev E. Children and terror casualties receive preference in ICU admissions // Disaster Med. Public Health Prep. 2012, Mar. Vol. 6, N 1. P. 14–19.
22. Rieder M., Choonara J. Armed conflict and child health // Arch. Dis. Child. 2012, Jan. Vol. 97, N 1. P. 59–62.
23. Singer A.J., Singer A.H., Halperin P., Kaspi G., Assaf J. Medical lessons from terror attacks in Israel // J. Emerg. Med. 2007, Jan. Vol. 32, N 1. P. 87–92.
24. Sirkin S., Cobey J.C., Stover E. Landmines // War and public health / B.S. Levy, V.W. Sidel (Eds.). – Oxford, 2008. P. 102–116.
25. Wexler I.D., Branski D., Kerem E. War and children // JAMA. 2006. Vol. 296. P. 579–581.

## Авторы

|  |   |
|--|---|
| <b>ГОНЧАРОВ</b><br><b>Сергей Федорович</b>   | Действительный член (академик) РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ВЦМК «Защита». 123182, Москва, ул. Щукинская, д. 5.                              |
| <b>ПЕТЛАХ</b><br><b>Владимир Ильич</b>       | Доктор медицинских наук, зав.отделом неотложной хирургии и медицины катастроф НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: vladimirip@vcmk.ru. |
| <b>РОЗИНОВ</b><br><b>Владимир Михайлович</b> | Доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова. E-mail: rozinov@inbox.ru                                     |