

С. Н. Шнитко¹, С. М. Бобоха²

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ДОСТИЖЕНИЯ

**(По материалам XVII съезда хирургов Республики Беларусь,
г. Могилев, 12–13 октября 2023 г.)**

*Военно-медицинский институт
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
Республиканский госпиталь департамента финансов и тыла МВД
Республики Беларусь²*

12–13 октября 2023 г. в г. Могилеве состоялся XVII съезд хирургов Республики Беларусь и научно-практическая конференция с международным участием «Хирургия Беларуси – состояние и развитие». Во Дворце культуры Могилевской области собрались многочисленные участники этого мероприятия. Среди них известные специалисты Беларуси и зарубежные коллеги.

Съезд и научно-практическая конференция проведены под эгидой Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Белорусской Ассоциации хирургов.

В программе съезда прошло пленарное заседание, а также медики приняли участие в работе секций, где обсудили проблемные вопросы и пути их решения в области гепатобилиарной хирургии, трансплантологии, хирургической гастроэнтерологии, колопроктологии, микрохирургии, сосудистой, торакальной, бариатрической хирургии, хирургической инфекции,

а также новых лечебно-диагностических технологий.

С учетом сложной военно-политической обстановки вокруг Беларуси особое место на съезде заняли вопросы военно-полевой хирургии.

С программным докладом «Значение и возможности оказания квалифицированной хирургической помощи в современном вооруженном конфликте (взгляд на проблему)» на пленарном заседании выступил профессор Жидков С. А. (Военно-медицинский институт в УО «БГМУ»).





В своем докладе он подчеркнул изменения в структуре повреждений в современном военном конфликте. При минно-взрывной травме – увеличение доли повреждений конечностей (более 70%), при огнестрельных ранениях увеличение до 17,5% повреждений груди и шеи. Отмечается увеличение до 50% тяжелой сочетанной травмы у пострадавших. Опыт последних военных конфликтов (в т.ч. специальной военной операции России) показывает необходимость пересмотра системы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий. В частности приближение этапа квалифицированной хирургической помощи (далее – КХП) не более 5 км от линии соприкосновения, развертывания его в подвалах зданий, широкое использование хирургических групп усиления и быстрой эвакуации в лечебные учреждения тыла страны в соответствии с системой лечебно-эвакуационного обеспечения по назначению. Автор подчеркнул важность раннего переливания цельной крови на этапах медицинской эвакуации при кровопотере более 50%.

Учитывая вероятные боевые действия в приграничных областях нашей страны, ближайшими медицинскими учреждениями, способными оказать квалифицированную хирургическую помощь, станут районные и городские лечебные учреждения МЗ РБ и отдельные медицинские отряды МО РБ. В них будут работать обще-

хирургические бригады (2–3 в каждом учреждении) и врачи-анестезиологи (максимум – 2). Необходимо учитывать, что подавляющее число хирургов не будут иметь переподготовки по сосудистой хирургии, травматологии, торакальной хирургии и нейрохирургии. Также следует добавить отсутствие у них опыта оказания хирургической помощи при сочетанной травме.

Учитывая вышесказанное о количестве и квалификации хирургов, можно констатировать, что на данном этапе возможны следующие мероприятия:

- остановка наружного кровотечения (временное протезирование магистральных сосудов);
- лапаротомия – для остановки кровотечения;
- устранение острой дыхательной недостаточности.

Особое внимание хирургов необходимо обратить на «нежелательность» выполнения операций на черепе и головном мозге, которые потребуют много времени и покажут сомнительные результаты.

Лапаротомия по поводу повреждения полых органов также будет «отвлекать» хирургов от операций по поводу остановки кровотечений.

Ампутация по типу первичной хирургической обработки выполняется при отсутствии массового поступления раненых. Подавляющее число общих хирургов не имеют опыта наложения стержневых аппаратов.



Слева направо: профессор Староконь П. М. (г. Москва РФ), профессор Шнитко С. Н., профессор Белоко-нев В. И. (г. Самара РФ), профессор Жидков С. А., доцент Ключко Д. А.

С приобретением практического опыта в учреждениях здравоохранения мероприятия КХП могут расширяться.

Представленные автором подходы к оказанию КХП не являются догмой и должны быть апробированы на учениях и тренировках.

Многие вопросы военно-полевой хирургии были рассмотрены на секционном заседании «Военно-полевая и гнойно-септическая хирургия: проблемы и достижения».

Докладом «Основные принципы работы организаций здравоохранения при поступлении большого числа пострадавших» доцент Трухан А. П. (432 Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь) открыл секционное заседание. В докладе были отмечены основные особенности и принципы работы организаций здравоохранения при массовом поступлении пострадавших в случаях чрезвычайных ситуаций. В условиях поступления большого количества пострадавших в учреждения

здравоохранения необходимо организовать динамичный контроль за состоянием здоровья пациентов, особенно для тех, кто потенциально может перейти из группы отсроченных в срочную. Одной из форм комплексной подготовки лечебного учреждения к работе в чрезвычайных ситуациях является периодическое проведение медико-тактических учений.

Доцент Ключко Д. А. (Военно-медицинский институт в УО «БГМУ») выступил с докладом «До- и послеоперационная подготовка по военно-полевой хирургии: реалии и проблемы». Автор отметил, что в настоящее время базовая программа по военно-полевой хирургии на лечебном факультете 5 курса составляет 65 часов, на педиатрическом факультете 4 курса также 65 часов. Базовая подготовка студентов медико-профилактического и особенно стоматологического факультетов делает изучение этой дисциплины «ознакомительной». Во всех вузах, кроме БГМУ, обучение по военно-полевой хирургии проходит на кафедрах травматологии и ортопедии.

При этом на практических занятиях делается упор на изучение вопросов оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи, медицинской сортировки и медицинской эвакуации. Отрабатываются практические навыки: ассистенция на операциях (особенно на трахеостомиях и ампутациях), выполнение новокаиновых блокад, наложение различных повязок, транспортная иммобилизация. Активно используются имитационные талоны. Изучение вопросов квалифицированной и специализированной хирургической помощи проходит, как «ознакомление». При этом для обучаемых впервые рассматривается понятие «контроля повреждений в хирургии».

До 2022 года в системе последипломного медицинского образования полностью отсутствовали вопросы военной медицины, в т.ч. военно-полевой хирургии. С 2022 года на кафедре военно-полевой хирургии военно-медицинского института в УО «БГМУ» проводятся такие занятия с врачами общим объемом 80 часов.

В конце своего доклада доцент Ключко Д. А. сделал вывод, что современная система изучения военно-полевой хирургии при до- и последипломном обучении нуждается в совершенствовании. В подготовке хирургов следует сделать упор на изучение и овладение практическими навыками в вопросах травматологии, сосудистой и торакальной хирургии. Отдельно следует отметить важность обучения budding и действующих хирургов оказанию помощи при сочетанной и комбинированной травмах.

С докладом «Проблемные вопросы инфузионной поддержки при политравме на современном этапе на заседании выступил профессор Староконь П. М. (Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, филиал в г. Москве). Автор показал, что кровопотеря является одним из основных патологических процессов острого периода травматической болезни, разви-

вающийся в результате быстрого истечения крови из поврежденных сосудов. Как следствие потери крови возникает гиповолемия, снижение кислородной емкости крови, гипокоагуляция, гипоперфузия и др.

Все эти патологические механизмы приводят к развитию гипоксии смешанного типа (циркуляторная, гипоксическая, гемическая, тканевая), которая при тяжелых кровопотерях может привести к летальному исходу пострадавшего. Возникающая при массивной кровопотере гипоперфузия обширных массивов тканей организма приводит к накоплению недоокисленных продуктов метаболизма.

Прогрессирует метаболический ацидоз, который также можно считать адаптационной реакцией, так как он способствует более полной утилизации кислорода тканями. Тканевый метаболизм переходит с аэробного на анаэробный путь образования клеточной энергии. Но прогрессирующий ацидоз тормозит спасительный анаэробный путь образования клеточной энергии. Тканевой энергодефицит – один из важных факторов развития некробиотических процессов в организме пострадавшего.

Тканевая гипоксия вызывает деструкцию клеточных мембран. Данные деструктивные процессы приводят к повреждению митохондрий и лизосом. Повреждение митохондрий еще больше снижает аэробный путь образования клеточной энергии, дефицит которой уже усугубляет патологические процессы, так как все защитные механизмы организма энергоемкие. А следствием повреждения мембран лизосом является выход активных ферментов в клеточную среду, стимуляция вазоактивных пептидов, вызывающих стойкий паралич прекапиллярных сфинктеров. Следствием запуска этого механизма является снижение общего сосудистого периферического сопротивления. Развивается стойкая гипотензия.

Сочетание ацидоза, гипотермии и коагулопатия у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой условно носит название «триада смерти» со всеми вытекающими последствиями.

Профессор Староконь П. М. отметил, что ранее применявшиеся растворы (в том числе изотонический раствор Рингера-Локка) и многие кровезаменители (полиглюкин, реополиглюкин и т.д.) при массивной кровопотери в настоящее время считаются не только патогенетически необосно-

ванными, но и вредными для организма пострадавшего. Поэтому необходима разработка новых средств инфузионной поддержки при политравме на современном этапе.

Следует отметить, что поднятые вопросы военно-полевой хирургии на площадках XVII съезда хирургов Беларуси в г. Могилеве стали важной вехой в развитии не только хирургической службы страны, но и обороноспособности Республики Беларусь в целом.

Поступила 03.11.2023 г.