

П. Г. Брюсов

ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ РОССИИ В СОВРЕМЕННУЮ ЭРУ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН: ПОЛУЧЕННЫЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Главный военный клинический госпиталь им. Н. Н. Бурденко

P. G. Bryusov

FIELD SURGERY OF RUSSIA DURING A MODERN ERA OF LOCAL WARS: THE GOT EXPERIENCE AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT

Военно-полевая хирургия XXI века остается наукой об организации лечения раненых при «травматической эпидемии» на этапах оказания хирургической помощи при их четком эшелонировании от передового района до тылового. Базируется на принципах хирургии повреждений, лечении множественной и сочетанной травмы.

Современное развитие военно-полевой хирургии в мире характеризуется рядом тенденций: возрастанием удельного веса тяжелой шокогенной боевой травмы с 10–12% до 20–25%; широким использованием достижений современной клинической хирургии и анестезиологии-реаниматологии в полевых госпиталях при лечении раненых с тяжелыми формами боевой патологии; признанием положения, что в условиях локального военного конфликта дробление медицинской помощи наносит ущерб тяжелораненому, которому в кратчайшие сроки нужен основной вид помощи – специализированный.

XXI век – время большого количества локальных военных конфликтов, способных перерасти в полномасштабную войну. За последнее десятилетие в мире произошло 118 вооруженных конфликтов, в военные конфликты были втянуты 80 государств и 2 крупных региона; погибло около 6 млн. человек; 10 военных конфликтов носили межгосударственный характер. Военной медициной Россия накоплен опыт оказания помощи раненым в военном конфликте в Афганистане (1979–1998), на Северном Кавказе (1994–1996 и 1999–2002), в Южной Осетии (август 2008). В 1992 г. была сформулирована доктрина военно-полевой хирургии, которая прошла испытание временем и оставалась базисной при всех последующих боевых действиях. Все ее положения были включены в военно-медицинскую доктрину России. Из конфликтов последних 20 лет важными оказались следующие положения:

1. Широкое использование авиамедицинской эвакуации раненых: применение вертолетов в войсковом районе (в 90%) и самолетов АН-72 и Ил-76 «Скальпель» для стратегической эвакуации в тыл по назначению (в 100%). Такой подход способствовал совершенствованию лечебно-эвакуационной системы и снижению летальности при тяжелых многообластных ранениях в два раза – до 12,8%. Цель авиамеди-

цинской эвакуации состояла не только в сокращении многоэтапности, но и, главное, в уменьшении сроков доставки раненых на этап оказания специализированной хирургической помощи.

2. Развертывание медицинских отрядов специального назначения (МОСН) на всех направлениях боевых действий, что давало возможность маневра силами и средствами медицинской службы. Благодаря МОСН была успешно выполнена задача по своевременному оказанию неотложной квалифицированной хирургической помощи (3-й уровень). Этот вид помощи трансформируется в настоящее время в комплекс неотложных реанимационных мероприятий, направленных на спасение жизни раненого на ранних этапах эвакуации («damage control resuscitation» по доктрине НАТО), приобретающий решающее значение в борьбе за жизнь тяжелораненых.

3. Необходимость оказания специализированной хирургической помощи в ранние сроки (2–4 ч). Возросла значимость неотложных специализированных хирургических вмешательств. Выполненные специалистом, они становились исчерпывающими, что снижает необходимость последующих операций. Сокращение сроков доставки раненых на этапы медицинской эвакуации позволило впервые применить некоторые виды специализированной хирургической помощи в ранние сроки. Но однозначно пришли к заключению, что первичная хирургическая помощь раненым нейрохирургического, офтальмологического, челюстно-лицевого, оториноларингологического и даже травматологического профиля должна оказываться только специалистом, начиная с многопрофильного военного госпиталя (4-й уровень).

4. Готовность медицинского персонала к проведению неотложных жизнеспасающих операций при оказании хирургической помощи по программе многоэтапного хирургического лечения (damage control surgery по доктрине НАТО).

5. Использование высоких технологий, хорошо апробированных в мирное время в военных госпиталях, на этапах эвакуации и лечения раненых.

6. Необходимость всесторонней и тщательной подготовки военных хирургов к потенциальным вооруженным конфликтам с получением твердых знаний по раневой баллистике и особенностям боевой

травмы и достижением устойчивых практических навыков во всех разделах военно-полевой хирургии.

7. Необходимость проведения современных медицинских исследований по изучению принципов военной «телехирургии», телемедицины, малоинвазивных вмешательств, эндовидеохирургии, видеоторако- и видеолапароскопии, новых технологий в хирургии повреждений, крайне низких и высоких температур, ядерного оружия, минновзрывных ранений, боевых политравм, индивидуального мониторинга военнослужащего в условиях ведения боевых действий.

В результате анализа опыта военно-полевых хирургов в военных конфликтах на Северном Кавказе нашли полное подтверждение и реализацию все хирургические положения военно-медицинской доктрины. Однако военно-полевая хирургия как научная дисциплина не может всецело опираться только на опыт прошлого, т.к. общепризнано, что в каждую новую войну государство вступает с принципами предыдущей, которые к этому времени оказываются уже устаревшими. Сегодняшняя обстановка в мире диктует необходимость готовиться к серьезным испытаниям наших профессиональных знаний и способностей.

Выводы

1. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов характеризуется максимальным сокращением сроков эвакуации раненых и возможностью оказания помощи в том объеме, в каком они нуждаются на данном этапе.

2. Негативные последствия дробления медицинской помощи, что является характерной и неизбежной особенностью военно-полевой хирургии, с помощью авиасанитарной эвакуации возможно свести к минимуму. Требуемое повышение качества оказания медицинской помощи в войсковом и армейском районах неразрывно связано с приближением хирургической и анестезиолого-реанимационной помощи к раненому в зоне боевых действий. Современная технология медицинской помощи должна быть образцом неотложного лечения и стабилизации состояния раненых до и во время эвакуации. Самая тяжелая группа раненых нуждается в ранней неотложной специализированной помощи, которая должна оказываться в течение 2–4 ч после ранения.

3. Развитие военной медицины и появление новых технологий хирургии поврежденных дают возможность осуществить назревшие преобразования при своевременном универсальном оснащении военных госпиталей и подготовке хирургических кадров.

4. Возрастание сложности и тяжести современной боевой травмы многократно повышают задачи по подготовке военного хирурга к будущим войнам. Профессиональная компетенция военного хирурга составляет основу боеспособности медицинской службы Вооруженных сил, что предусматривает постоянное совершенствование профессионального мастерства военно-полевых хирургов в мирное время.