

Г. Г. Гуриштынович¹, С. Н. Шнитко¹, Д. А. Чернов²

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ

Военно-медицинский факультет
в УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
Кафедра военной и экстремальной медицины
в УО «Гомельский государственный медицинский университет»²

В статье рассмотрены вопросы организации и содержания хирургической помощи раненым в современных Вооруженных Силах Украины в условиях вооруженного конфликта.

Ключевые слова: организация хирургической помощи, военно-полевая хирургия, этапы медицинской эвакуации, лечебно-эвакуационное обеспечение, принципы оказания хирургической помощи, содержание хирургической помощи.

G. G. Gurshtynovich, S. N. Shnitko, D. A. Chernov

ORGANIZATION AND CONTENTS OF SURGICAL CARE TO THE WOUNDED IN THE UKRAINE ARMED FORCES

The problem of organization and contents of surgical care to the wounded in the modern Ukraine Armed Forces in conditions of armed conflict is discussed in the article.

Key words: surgical care organization, military field surgery, medical evacuation stages, medical evacuation support, surgical care principles, surgical care contents.

Организация хирургической помощи

Общие принципы лечения и профилактики осложненных ранений (травм), а также требования и стандарты качества оказания медицинской помощи военнослужащим едины для мирного и военного времени. Они отличаются порядком организации медицинского обеспечения войск в соответствии с характером вооруженного конфликта и конкретными оперативных и боевых условий.

Возможности системы медицинского обеспечения должны быть адекватными численности войск, их задачам, напряженности боевых действий, современным видам вооружения, ожидаемым размерам и структуре санитарных потерь личного состава.

По данным военно-медицинского департамента Министерства обороны Украины в зоне боевых действий работало около 1400 медицинских работников, в том числе 390 военных врачей. Медицинское обеспечение добровольческих батальонов организуется в основном силами врачей-волонтеров. За период проведения антитеррористической операции (далее – АТО) в Одесском гарнизонном военном госпитале пролечено более 1700 раненых,

организована работа 5 психологов для оказания помощи раненым и членам их семей.

Специалисты Военно-медицинского клинического центра Северного региона в Харькове оказали помощь более чем 2300 военнослужащим, раненым в зоне проведения АТО.

Особенности организации оказания хирургической помощи военнослужащим в Украине

Своевременное и качественное оказание хирургической медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации (далее – ЭМЭ) является главным условием сохранения жизни и профилактики тяжелых осложнений у раненых и травмированных на войне, антитеррористических операциях, а также в мирное время, при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и выполнении миротворческих операций. В условиях массового поступления раненых на ЭМЭ, важно выбрать оптимальный вариант организации хирургической помощи в конкретных боевых условиях. На рис. 1 приведена схема лечебно-эвакуационного обеспечения Вооруженных Сил Украины



Рис. 1. Схема лечебно-эвакуационного обеспечения Вооруженных Сил Украины

К подразделениям и частям, предназначенным оказывать медицинскую помощь военному контингенту относятся: медицинский пункт батальона, медицинская рота бригады, специальные части и учреждения медицинской службы. К последним относятся отдельные медицинские отряды, группы медицинского усиления, военные мобильные и полевые госпитали, стационарные госпитали Министерства обороны и других силовых ведомств, стационарные лечебные учреждения территориальных госпитальных баз [1, 4, 8].

Современное медицинское обеспечение раненых и пострадавших во время боевых действий основывается на основе системы этапного лечения с эвакуацией по назначению. Концепция этапного лечения раненых состоит в том, что после предоставления базового уровня медицинской помощи (первой, доврачебной) или I уровня (первой врачебной помощи) в войсковом звене (основа жизнеобеспечения), раненых санитарным транспортом направляют в ближайший военный мобильный госпиталь или районную (городскую) больницу для оказания медицинской помощи II уровня (неотложных и срочных мероприятий). II уровень медицинской помощи — это меры сохранения жизни, конечностей, органов зрения и слуха, профилактики хирургической инфекции и подготовки к эвакуации. Выполнение хирургических операций, которые можно отложить, необходимо избегать. Они могут сделать транспортабельного раненого нетранспортабельным. Это позволяет медицинским подразделениям и госпиталям, которые находятся около эпицентров санитарных потерь, своевременно освободиться для приема других раненых и поврежденных [11, 12].

Раненые, которые не могут быть возвращены в воинские части после оказания медицинской помощи, направляются на дальнейшие ЭМЭ, а их эвакуация проводится в соответствии с боевыми и медицинскими условиями.

Сроки пребывания в мобильных госпиталях (II уровень) и зоны эвакуации (III уровень) зависят от оперативной обстановки и определяются медицинскими начальниками. Легкораненых с незначительной боевой травмой, которая позволяет вернуться к исполнению своих обязанностей в сроки определенной военной операции, следует концентрировать в госпиталях для легкораненых с соответствующим штатом и оборудованием [4, 5].

Восстановительная хирургия и реабилитация проводятся на IV и V уровнях медицинской помощи по профилю ранений. Сроки доставки на следующие ЭМЭ не должны превышать 6 часов для тяжелораненых и 24 часов для других категорий раненых [11, 13].

Медицинская сортировка на этапах медицинской эвакуации

В условиях боевых действий и чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени первоочередной задачей медицинских служб Вооруженных Сил, других силовых ведомств и Министерства здравоохранения является предоставление медицинской помощи всем раненым и пострадавшим в полном объеме, а при массовых санитарных потерях большему количеству из них. При этом, на первый план выступает принцип этапного лечения, который сочетает оказание медицинской помощи, лечение и эвакуацию раненых и пострадавших по назначению. Основу реализации этого принципа составляет медицинская сортировка.

Цель медицинской сортировки — оказание неотложной медицинской помощи в максимально короткий срок как можно большему количеству раненых (пострадавших).

Медицинская сортировка регламентируется приказами Министерства здравоохранения Украины «О единой системе оказания экстренной медицинской помощи» от 01.06.2009 г. № 370 и «О проведении медицинской сортировки на догоспитальном этапе и в лечебно-профилактических учреждениях» от 11.04.2011 г. № 201 [4, 5].

Медицинская сортировка должна быть непрерывной, конкретной и последовательной с соблюдением следующих принципов:

- медицинскую сортировку начинают в процессе предоставления базового уровня (первой) помощи и продолжают на всех ЭМЭ;

- внутриведомственная медицинская сортировка — комплексный процесс, обязательно является диагностическим, прогностическим и предполагает принятие эвакуационно-транспортного решения;

- медицинскую сортировку должен выполнять наиболее квалифицированный медицинский работник данного ЭМЭ, которому предоставляются административные полномочия;

- медицинский персонал, который выполняет сортировку, руководствуется единой классификацией болезней и травм и едиными требованиями к методике сортировки;

- система медицинской сортировки должна быть простой и понятной для всех;

- результаты медицинской сортировки фиксируются специальными обозначениями, а также записями в медицинских документах;

- медицинскую сортировку осуществляют в интересах большинства раненых и направляют на предоставление первоочередной помощи тем раненым, которые имеют благоприятный прогноз для жизни и перспективны для возвращения в строй [1, 4, 13].

На первом уровне медицинской помощи (врачом) осуществляется *первичная медицинская сортировка*. Этот вид сортировки предусматривает распределение раненых на пять групп с соответствующей маркировкой и заполнением карточки медицинской сортировки, в которой отмечается *группа сортировки*.

I группа — раненые, жизнь которых находится в опасности, но их можно спасти, если оказать неотложную медицинскую помощь (неотложные). Маркируют «КРАСНЫМ» цветом, медицинская помощь и эвакуация в лечебно-профилактическое учреждение обеспечивается в первую очередь.

II группа — раненые, которым помощь может быть отсрочена в течение ограниченного периода времени и это не приведет к летальному исходу (срочные). Маркируют «ЖЕЛТЫМ» цветом, медицинская помощь предоставляется в соответствии с необходимым объемом и осуществляется эвакуация после раненых «красной» сортировочной группы.

III группа — раненые, требующие отсроченной медицинской помощи (ходячие). Маркируют «ЗЕЛЕНЫМ» цветом и подлежат эвакуации в последнюю очередь, медицинская помощь им оказывается в третью очередь. При необходимости их госпитализируют в лечебно-профилактические учреждения территориальных госпитальных баз.

IV группа — раненые, получившие повреждения, несовместимые с жизнью, агонирующие (умирающие). Маркируют «ЧЕРНЫМ» цветом. Подлежат эвакуации только после эвакуации «красных» раненых и травмированных, если к этому времени они еще имеют признаки жизни. Решение о выделении данной сортировочной группы направлено на спасение максимального количества раненых и трав-

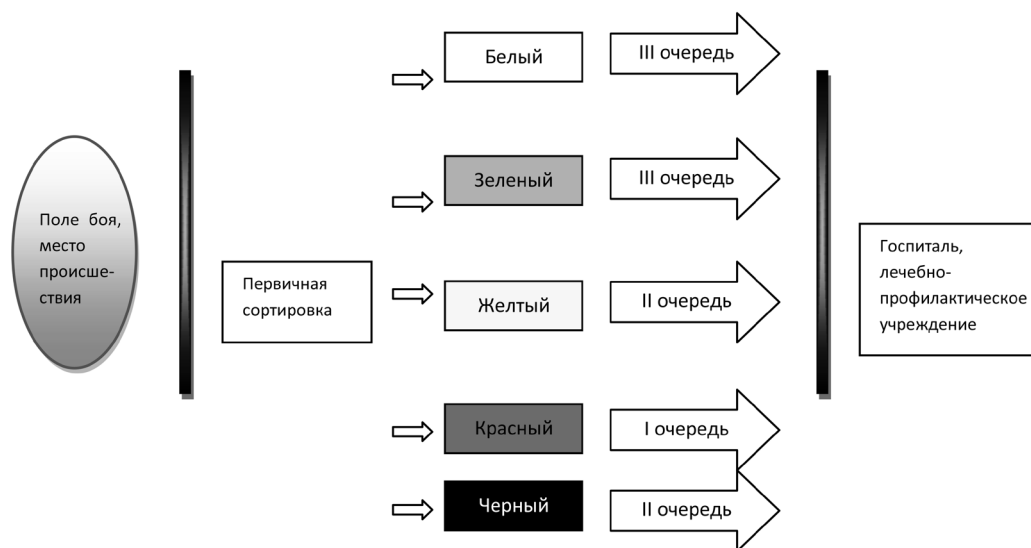


Рис. 2. Схема последовательности проведения медицинской сортировки и эвакуации раненых и травмированных

мированных из других групп на ЭМЭ. Таких пострадавших необходимо разместить отдельно и назначить обезболивающие и седативные средства [1, 4].

V группа — пострадавшие с психическими расстройствами, которые получили значительную психоэмоциональную травму и нуждаются в помощи или седации. Их маркируют «БЕЛЫМ» цветом. Подлежат эвакуации в последнюю очередь, после раненых. Медицинская помощь им оказывается в третью очередь. При необходимости их госпитализируют в учреждения здравоохранения соответствующего профиля (рис. 2).

В случае загрязнения раненых химическими, бактериологическими или радиоактивными веществами, санитарные инструкторы и штат медицинского пункта батальона должны работать в защитных костюмах. Деконтаминация раненых начинается с медицинской роты механизированной бригады или военного мобильного госпиталя [13, 15].

Медицинская сортировка на госпитальном этапе.

В приемно-сортировочном отделении мобильного госпиталя, приемном отделении лечебно-профилактических учреждений Министерства обороны и Министерства здравоохранения осуществляют следующие виды медицинской сортировки:

Внутрипунктовая — распределение раненых, травмированных и больных на группы для направления их в функциональные подразделения данного ЭМЭ в установленной последовательности.

Диагностическая — распределение раненых, травмированных и больных в соответствии с диагнозом поражения или заболевания с учетом срочности, характера, объема и очередности оказания необходимой медицинской помощи.

Прогностическая — распределение раненых, пострадавших и больных с вероятным последствием поражения и ориентировочным сроком лечения.

Эвакуационно-транспортная — распределение прибывших раненых, травмированных и больных на группы согласно с эвакуационным назначением, очередностью, способами и средствами их дальнейшей эвакуации.

В случае поступления большого количества раненых непосредственно с места массовых санитарных потерь медицинскую сортировку осуществляют в транспортном

средстве или приемном отделении в соответствии с требованиями первичной медицинской сортировки. Динамическая оценка состояния раненого, коррекция внутрипунктовых и эвакуационно-транспортных решений по сортировке осуществляется в процессе лечебно-диагностических мероприятий в функциональных подразделениях ЭМЭ [6, 7, 12].

Уровни медицинской помощи

Современные военные конфликты утратили черты присущие войнам прошлого — широкие фронты, эшелонирование сил и средств, удаленность тылового обеспечения от поля боя до отдаленных территорий вглубь страны. Современные войны стали асимметричными — нет четкой постоянной линии фронта, существуют отдельные очаги вооруженного противостояния, которые быстро меняют локализацию, требуют мобильности как самих боевых подразделений, так и всех служб обеспечения. Главным транспортом сообщения между отдельными подразделениями и тыловыми базами является авиация. При таких условиях целесообразно осуществлять переход от традиционных для Вооруженных Сил Украины определений и форм организации медицинского обеспечения войск до современных международных, которые оправдали себя при вооруженных конфликтах последних лет. Это дало повод для формирования доктрины отдельных уровней оказания медицинской помощи с четко определенными ее объемами. При условии применения авиации любой уровень в любой момент времени может быть развернут там, где того требуют боевые условия. Он может быть усилен мобильными передовыми группами высшего уровня и тем самым удается приблизить хирургическую помощь к зоне боевых действий [4, 5].

В соответствии с требованиями Организации Объединенных Наций медицинское обеспечение личного состава, привлекаемого к участию в международных операциях по поддержанию мира и безопасности, осуществляется по пяти уровням, которые определяют качественную характеристику лечебно-эвакуационного обеспечения на ЭМЭ, силы и средства задействованные для оказания медицинской помощи, ее вид и объем, а также эвакуационно-транспортные особенности (табл. 1).

Таблица 1. Характеристика уровней, объема и содержания медицинской помощи

Уровень (Вид помощи)	Срочность мероприятий	Объем		
		Минимальный	Сокращенный	Полный
базовый (0) первая медицинская		—	—	базовый
I первая врачебная	а — неотложные	I а	—	I а+б
	б — отсроченные			
II квалифицированная	а — неотложные	II а	II а+б	II а+б+в (как исключение)
	б — срочные			
	в — отсроченные			
III специализированная	а — неотложные	III а	—	II в; III а+б
	б — отсроченные			
IV специализированное лечение		—	—	IV
V реабилитация	—	—	—	V

Уровень медицинской помощи — это заранее определенный объем и содержание медицинской помощи на этапе медицинской эвакуации, которая включает прием, сортировку, выполнение лечебно-диагностических мероприятий раненым, травмированным и больным, а также подготовку их к возвращению в строй или к дальнейшей медицинской эвакуации.

Базовый (0) уровень (сохранение жизни) предусматривает оказание первой и доврачебной помощи; сбор и эвакуацию раненых с поля боя; профилактику боевых стрессовых состояний; предотвращение заболеваний и не боевых травм.

Главная задача заключается в спасении жизни раненых в первые минуты после повреждения, стабилизации их состояния и подготовки к эвакуации на следующий уровень. На поле боя первая помощь осуществляется военнослужащими в порядке само- и взаимопомощи, санитаром и санитарным инструктором, доврачебная медицинская помощь — фельдшером [6, 7].

Первый уровень предусматривает оказания первой врачебной помощи в медицинском пункте батальона, полка или медицинской роты в течение одного часа после ранения, в соответствии со стандартами оказания первичной медицинской помощи, принятыми в мирное время и включает следующие основные мероприятия: санитарно-гигиеническое обеспечение; предупреждение боевого стресса; сбор и сортировка раненых, травмированных и больных; реанимацию и стабилизацию их состояния, а также подготовку к эвакуации. Может оказываться как в минимальном, так и в полном объеме. Минимальный объем состоит из неотложных (I-а) мероприятий первой врачебной помощи. Полный объем состоит из неотложных и отсроченных мероприятий (I-а+б).

Второй уровень предусматривает оказание квалифицированной медицинской помощи по неотложным и срочным показаниям в медицинской роте или военном мобильном госпитале (военно-полевом госпитале) врачами-специалистами (хирургами, терапевтами) в течение 4—6 часов после ранения. На медицинские подразделения II уровня возложены следующие задачи: эвакуация на себя и сортировка раненых и больных; реанимация, стабилизация состояния и поддерживающее лечение тех раненых, травмированных и больных, которые нуждаются в дальнейшей эвакуации; лечение раненых и больных с непродолжительными сроками восстановления боеспособности; регламентированный перечень мероприятий

хирургической помощи с целью сохранения жизни и конечностей, интенсивной терапии, стоматологической помощи, лабораторных и рентгенологических исследований, переливание препаратов крови и кровезаменителей, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, принятыми в мирное время. Второй уровень включает минимальный и сокращенный объем квалифицированной хирургической помощи. Минимальный объем состоит из неотложных мер (II-а), а сокращенный — из неотложных и срочных (II-а+б) мероприятий квалифицированной хирургической помощи. При задержке эвакуации пострадавшего на ЭМЭ II уровня возможно проведение отсроченных мероприятий квалифицированной хирургической помощи (II-в).

Третий уровень включает квалифицированную хирургическую помощь в полном объеме, специализированную медицинскую помощь в минимальном (III-а) или полном объеме (III-а+б), которая осуществляется в течение 12—24 часов после ранения в военно-полевом госпитале или стационарных военно-медицинских учреждениях [2, 4, 11].

Медицинские учреждения третьего уровня имеют диагностическую базу и возможности оказывать специализированную хирургическую (нейрохирургическую, офтальмологическую, ЛОР, челюстно-лицевую, торакоабдоминальную, урологическую, травматологическую, сосудистую, комбустиологическую и т.д.), терапевтическую помощь, проводить интенсивную терапию и послеоперационное лечение, а также сестринский уход. На третьем уровне применяют стандарты оказания вторичной и третичной медицинской помощи, которые приняты в мирное время. Третий уровень медицинской помощи решает следующие основные задачи: эвакуация с первого и второго уровней, сортировка раненых и больных, реанимация, стабилизация и подготовка раненых и больных для дальнейшей эвакуации, медицинская помощь и временная госпитализация нетранспортабельных раненых и больных, лечение раненых и больных, перспективных к возвращению в строй в установленные сроки, усиление II уровня медицинского обеспечения персоналом и медицинским имуществом, стоматологическая помощь, оказание помощи при боевом стрессе, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в районе развертывания [4, 5].

Четвертый уровень включает специализированное лечение с использованием высокотехнологичного оборудования в специализированных отделениях (клиниках) или специализированных военно-медицинских и гражданских учреждениях здравоохранения. Они обеспечивают оказа-

ние исчерпывающей медицинской помощи для окончательного восстановления поврежденных структур и функций, а также реабилитацию раненых со сроками лечения большими, чем определено эвакуационной политикой, или, для лечения которых имеющиеся ресурсы третьего уровня недостаточны.

Пятый уровень включает проведение медицинской реабилитации раненым и больным военнослужащим в реабилитационных центрах и санаториях с целью быстрого восстановления их боеспособности (работоспособности) путем проведения комплекса организационных, лечебных и медико-психологических мероприятий, а в случае инвалидности — скорейшей адаптации к гражданской жизни [2, 4].

Принципы оказания хирургической помощи в военном конфликте

1. Организация оказания хирургической помощи в условиях боевых действий, объем хирургической помощи, выбор методов лечения определяются размерами и структурой санитарных потерь, боевыми и оперативно-тактическими условиями, количеством формирований и бригад хирургического профиля, уровнем медицинского обеспечения и лечебно-диагностической тактикой на ЭМЭ.

2. Хирургическая служба должна быть мобильной и маневренной, готовой оказать медицинскую помощь в любых условиях. Для этого необходимо постоянное повышение знаний по военно-полевой хирургии, совершенствование военно-медицинской подготовки, материальной базы медицинских формирований, повышение мобильности и стандартизация оказания хирургической помощи.

3. Принципы оказания хирургической помощи должны быть едиными для военно-полевой хирургии и хирургии поврежденных мирного времени.

4. Улучшение качества оказания хирургической помощи и, соответственно, результатов лечения осуществляется за счет максимального приближения хирургической помощи к полю боя, очагам массовых потерь, маневренности сил и средств медицинской службы, объективизации и прогнозирования тяжести травм, внедрение современных достижений медицинской науки и максимального использования современных средств эвакуации.

5. Профилактика травматического и ожогового шока у раненых и травмированных начинается с базового уровня медицинской помощи. В дальнейшем на путях ЭМЭ приоритетным считается профилактика и лечение травматического шока.

6. Каждое ранение считается первично микробно-загрязненным. Приоритетным средством профилактики и лечения инфекционных осложнений ранений является первичная хирургическая обработка (далее — ПХО) раны с возможной повторной хирургической обработкой и наложением первично-отсроченных швов.

7. Содержание, объем и количество хирургических обработок ран зависит от тяжести, характера и локализации ранений, возможностей ЭМЭ и течения раневого процесса.

8. При оказании хирургической помощи раненым в тяжелом и крайне тяжелом состоянии (на II, III и IV уровнях) применяют тактику контроля повреждений (damage control), которая позволяет эффективно оказать неотлож-

ную хирургическую помощь, сэкономить время, силы и средства медицинской службы [14].

9. Указания по военно-полевой хирургии отражают общие принципы лечения боевой хирургической травмы в соответствии с системой организации медицинского обеспечения войск на момент их издания и могут меняться со временем [4,6,7].

Содержание медицинской помощи раненым на войне

Базовый (0) уровень медицинской помощи — неизменный и включает простые мероприятия в ближайшее время после ранения и (или) травмы, которые доступны каждому военнослужащему, санитару, санитарному инструктору, спасателю, фельдшеру.

Содержание помощи:

- вынос (эвакуация) раненых из-под огня в зону укрытия;
- временная остановка наружного кровотечения с помощью давящей повязки, гемостатической марли, местных гемостатических препаратов или кровоостанавливающего жгута;
- устранение и профилактика асфиксии, первичная сердечно-легочная реанимация;
- наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, асептических повязок;
- введение обезболивающих средств, транспортная иммобилизация, предотвращение дополнительных повреждений;
- защита раненых от неблагоприятных погодных условий, утоление жажды;
- инфузионная терапия при травматическом шоке;
- антибиотикопрофилактика [4, 5, 15].

Первый уровень медицинской помощи включает комплекс мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья раненого, профилактику шока, предупреждение развития раневой инфекции и других тяжелых осложнений, борьбу с последствиями боевых поражений, которые угрожают жизни, оказание неотложной помощи и подготовку раненых и больных к дальнейшей эвакуации. Оказывается врачами общей практики в медицинских пунктах батальонов (дивизионов), полков и в медицинских ротах бригад в течение одного часа после ранения или травмы с применением табельного оснащения. В зависимости от обстоятельств первый уровень медицинской помощи может оказываться в минимальном или полном объеме.

I-a — Неотложные мероприятия:

- контроль за жгутами и временная остановка наружного кровотечения путем применения гемостатической марли, препарата (Celox) в аппликаторе, наложения зажима или прошивания сосуда лигатурой, наложения провизорного жгута;
- устранение всех видов асфиксии, трахеостомия или коникотомия при ранениях шеи, гортани, челюстей, груди с постоянным затеканием крови в трахею;
- плевральная пункция и дренирование плевральной полости во 2 межреберье по средней ключичной линии при напряженном пневмотораксе, контроль или наложение окклюзионных повязок при открытом пневмотораксе;
- некротомия при циркулярных ожогах груди с признаками острой дыхательной недостаточности, а на бедре при признаках компартмент-синдрома;
- противошоковые мероприятия и внутривенное введение инфузионных растворов при травматическом шоке III степени, внутривенное введение обезболивающих пре-

паратом, наложение противошоковой тазовой повязки при нестабильных переломах костей таза;

- катетеризация мочевого пузыря или надлобковая пункция при острой задержке мочи;

- устранение недостатков транспортной иммобилизации при травматическом шоке, отсечение конечности, висящей на кожно-мышечном лоскуте;

- подкожное введение 1,0 мл. столбнячного анатоксина, специальные мероприятия при комбинированных радиационных и химических поражениях;

- согревание раненых в зимнее время и утоления жажды (кроме раненых в живот) [3, 4, 11].

I-б — Мероприятия которые можно отложить:

- введение растворов кристаллоидов при травматическом шоке I — II степени;

- устранение недостатков транспортной иммобилизации, которые угрожают развитием шока, блокады местными анестетиками при повреждениях конечностей без признаков шока;

- введение профилактических доз антибиотиков внутримышечно и вокруг раны.

Второй уровень медицинской (хирургической) помощи включает комплекс мероприятий, в т.ч. хирургических вмешательств, направленных на сохранение жизни и здоровья раненого (травмированного), предупреждение развития и лечение осложнений механических, термических, радиационных и комбинированных повреждений, создание благоприятных условий для скорейшего выздоровления или специализированного лечения, а также подготовка к дальнейшей эвакуации. Оказывается врачами-хирургами с применением специального оснащения в мобильных, полевых и стационарных военно-медицинских и лечебных учреждениях в минимальном (II-а ≈ 10%) или сокращенном (II-а+б ≈ 25%) объеме [4, 6, 7, 10].

II-а — Неотложные мероприятия (≈10%) оказываются по поводу повреждений, которые непосредственно угрожают жизни раненых, в течение 2 часов после поступления. К ним относятся:

- окончательная остановка наружного кровотечения различной локализации хирургическими методами;

- устранение асфиксии и поддержание вентиляции легких (ИВЛ);

- хирургическое устранение открытого и напряженного пневмоторакса (торакоцентез), торакотомия при продолжающемся внутриплевральном кровотечении, ранениях и тампонаде сердца, а также разрушениях грудной стенки;

- лапаротомия при внутреннем кровотечении, которое обусловлено повреждением сосудов или внутренних органов брюшной полости (тампонада или удаления паренхимных органов, ушивание или резекция полых органов). В случае применения технологии контроля повреждений (damage control) — временное закрытие брюшной полости однорядным швом на кожу или лапаростомию [14];

- комплексная дифференцированная терапия травматического и ожогового шока, устранение нарушений гомеостаза;

- временное шунтирование магистральных артерий при их повреждениях с признаками декомпенсированной ишемии конечностей, некротомия при глубоких циркулярных ожогах шеи, груди, конечностей;

- операции при анаэробной инфекции.

II-б — Срочные мероприятия (≈15%) могут быть отложены на 4-6 часов после ранения и направлены на профилактику опасных для жизни осложнений. К ним относятся:

- металлоостеосинтез переломов длинных трубчатых костей (бедро, голень) аппаратами внешней фиксации;

- первичные ампутации при ишемическом некрозе конечностей;

- первичная хирургическая обработка (далее — ПХО) при значительных разрушениях мягких тканей, зараженных отравляющими веществами;

- временная фиксация грудинно-реберного клапана пострадавшим с признаками острой дыхательной недостаточности;

- наложение надлобкового свища (эпицистостомия) при повреждении забрюшинного отдела мочевого пузыря, заднего отдела уретры;

- наложение колостомы при внутрибрюшинных повреждениях прямой кишки.

II-в — Отсроченные мероприятия (25–35%) выполняются в случаях, когда невозможна эвакуация в течение 24 часов, а опасность возникновения тяжелых осложнений может быть уменьшена профилактическими мероприятиями. К ним относятся:

- ПХО ран по показаниям, обработка ран лица при скальпированных ранах с наложением пластических швов, туалет загрязненных ожоговых ран;

- некротомия при глубоких циркулярных ожогах шеи, грудной клетки и конечностей, которые не вызывают расстройства дыхания и кровообращения;

- фиксация переломов нижней челюсти [3, 4, 9].

Третий уровень медицинской (специализированной хирургической) помощи включает комплекс диагностических, хирургических, реаниматологических и реабилитационных мероприятий, которые направлены на окончательную ликвидацию последствий травм. Оказывается врачами-специалистами хирургического профиля с применением специального оборудования и оснащения в соответствии с характером, локализацией и тяжестью ранений (травм) в военно-медицинских учреждениях госпитального звена Вооруженных Сил и лечебных учреждениях территориальных госпитальных баз Министерства здравоохранения в минимальном (III-а — 10%) или полном (III-а+б — 80–85%) объеме.

В помощи III уровня нуждаются, в первую очередь, тяжелораненые с множественными сочетанными и комбинированными травмами, проникающими ранениями и закрытыми травмами черепа и головного мозга, позвоночника и спинного мозга, грудной клетки и живота, с признаками тяжелой дыхательной недостаточности и массивной кровопотери, тяжелыми травмами таза и тазовых органов, переломами длинных трубчатых костей конечностей и повреждениями магистральных сосудов.

III-а — Неотложные мероприятия (≈10%) оказывают врачи-специалисты хирургического профиля с применением специального оборудования по неотложным показаниям, в случаях, когда помощь оказывается в лечебных учреждениях госпитального звена. К ним относятся:

- хирургическое устранение открытого и напряженного пневмоторакса; торакотомия при внутриплевральном кровотечении с большим или свернувшимся гемотораксом, не устраненным пневмотораксом; при ранениях сердца, легких, пищевода; фиксация реберного клапана;

- лапаротомия при внутреннем кровотечении, которое обусловлено повреждением сосудов или внутренних органов брюшной полости в объеме II уровня хирургической помощи;

➤ декомпрессионная трепанация черепа с проведением ПХО раны мозга; ламинэктомия, хирургическая обработка ран и иммобилизация позвоночника при синдроме сдавления спинного мозга;

➤ циркулярный сосудистый шов или протезирование магистральных сосудов;

➤ остеосинтез аппаратами внешней фиксации при огнестрельных переломах, сочетанной травме таза и конечностей;

➤ первичный шов уретры при ранениях ее висячего отдела;

➤ наложение швов при разрывах и отрывах век, ушных раковин с большими дефектами тканей; закрытие проникающих ранений глазного яблока; ПХО ран с большими дефектами лица и челюстей [11, 15].

III-б — Отсроченные мероприятия включают:

➤ этапные хирургические вмешательства на органах грудной клетки, живота и таза в случае применения тактики контроля повреждений (damage control);

➤ повторные хирургические вмешательства по поводу осложнений после операций на черепе, органах грудной клетки, живота, таза, конечностей;

➤ лечение ран различной локализации и осложнений ранений и травм;

➤ восстановление структуры и функции поврежденных тканей и органов.

Полный объем (≈85%) мероприятий специализированной хирургической помощи (далее — СХП) оказывается в военно-медицинских учреждениях госпитального звена Вооруженных Сил и лечебных учреждениях территориальных госпитальных баз Министерства здравоохранения с целью оказания исчерпывающей хирургической помощи раненым и травмированным.

По видам хирургическая помощь III уровня делится на:

➤ специализированная хирургическая помощь (далее — СХП) легкораненым;

➤ СХП раненым в голову, шею, позвоночник;

➤ СХП раненым с повреждением органа зрения;

➤ СХП раненым с повреждением ЛОР-органов;

➤ СХП раненым с челюстно-лицевыми повреждениями;

➤ СХП раненым в грудь, живот и таз;

➤ СХП раненым с повреждениями длинных трубчатых костей и суставов;

➤ СХП раненым с повреждениями сосудов;

➤ СХП пострадавшим с ожогами;

➤ специализированная медицинская помощь раненым с расстройствами нервной системы [3, 4].

Четвертый уровень медицинской (специализированное лечение) помощи является высшей формой медицинской помощи и носит исчерпывающий характер. Оказывается врачами-специалистами, которые имеют современное оборудование, оснащение и владеют современными технологиями лечебно-диагностического процесса в военно-медицинских клинических центрах Министерства обороны или в специализированных учреждениях Министерства здравоохранения. Специализированное лечение на IV уровне медицинской помощи происходит по профилю хирургических специальностей в специализированных отделениях (клиниках): нейрохирургии, офтальмологии, отоларингологии, челюстно-лицевой, торакальной, кардиоваскулярной, сосудистой, абдоминальной хирургии, урологии, гинекологии, травматологии, стоматологии с привлечением "узких" специалистов хирургического профиля.

Пятый уровень медицинской помощи оказывается с целью окончательной медицинской реабилитации, которая является комплексом организационных, лечебных и медико-психологических мероприятий раненым военнослужащим с целью скорейшего восстановления их боеспособности (работоспособности) на всех этапах медицинской эвакуации. Она может быть этапной и остаточной.

Мероприятия этапной медицинской реабилитации проводят всем раненым и больным, особенно перспективным для возвращения в строй в установленные сроки (санитарные потери, которые быстро возвращаются). К ним относятся:

➤ I уровень медицинской помощи — легкораненые, которые после оказания им минимальной медицинской помощи и регистрации, способны вернуться в строй в течение 2-5 суток;

➤ II уровень медицинской помощи — легкораненые с незначительной кровопотерей, поверхностными повреждениями мягких тканей, поверхностными ожогами менее 10%, легкими формами боевых стрессовых состояний со сроками лечения до 10 суток;

➤ III уровень медицинской помощи — раненые легкой, средней тяжести, хирургическая помощь которым может быть оказана силами и средствами медицинской службы госпитального звена со сроками лечения до 30-60 суток.

Легкораненые составляют до 50% санитарных потерь хирургического профиля, поступающих на ЭМЭ, из их числа формируют команды для ухода за ранеными и помощи при эвакуации.

Военно-врачебную комиссию проводят на ЭМЭ III-го, IV-го и V-го уровней медицинской помощи [4,5,12].

Таким образом, следует отметить, что становление и оптимизация оказания хирургической помощи в Вооруженных Силах Украины происходили в период проведения антитеррористической операции. Соответственно жизнеспособность данной системы проверится в ходе реального вооруженного конфликта на востоке Украины. В результате чего были пересмотрены некоторые положения в оказании хирургической помощи на ЭМЭ, что было отображено в Указаниях по военно-полевой хирургии в редакции от 2014 года.

Система оказания медицинской помощи в Вооруженных Силах Украины имеет некоторые особенности в сравнении с аналогичной системой в Вооруженных Силах Республики Беларусь. В Украине выделяют пять уровней оказания медицинской помощи, при этом в базовом уровне объединены первая медицинская помощь (в Республике Беларусь — первая помощь) и доврачебная помощь, которая оказывается в порядке само- и взаимопомощи военнослужащими, санитарями и санитарными инструкторами соответственно. Выделение базового уровня, не свойственного для эвакуационной системы Вооруженных Сил Республики Беларусь, можно считать вполне оправданным, так как медицинская помощь, как первая, так и доврачебная оказываются в основном на поле боя, до попадания раненого в медицинский пункт батальона. При этом, учитывая тенденции последних десятилетий по приближению специализированной медицинской помощи к полю боя (реализации двухэтапного варианта оказания медицинской помощи), выделяемый в Вооруженных Силах Украины уровень квалифицированной помощи не всегда будет целесообразен. Учитывая относительно небольшую территорию страны, развитую структуру гражданского здравоохранения было бы целесообразно направлять раненых

на уровень специализированной медицинской помощи, минув квалификационную. То есть при оказании медицинской помощи конкретному раненому должен определяться оптимальный вариант лечения в медико-тактических условиях, которые сложились. Оптимизация этой медицинской помощи достигается сокращением количества ЭМЭ. Порядок и сроки оказания хирургической помощи и лечения на ЭМЭ должны устанавливаться ведущим хирургом территориальной госпитальной базы, военно-медицинского клинического центра или главным хирургом Министерства обороны Украины для каждого лечебного учреждения с учетом конкретных условий работы, размера и структуры санитарных потерь, а также медико-тактических условий.

В целом, система оказания хирургической помощи в Вооруженных Силах Украины функционирует и способна выполнить возложенные на нее задачи — оказать раненому хирургическую помощь там и тогда, где он в ней нуждается.

Литература

1. Пасько, В. В. Организация медичного забезпечення військ / В. В. Пасько [и др.]. — Київ: «М П Леся», 2005. — 430 с.
2. Білий, В. Я. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / В. Я. Білий [и др.]. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. — 324 с.
3. Лоскутов, О.Є. Посібник до практичних занять з військово-польової хірургії / О.Є. Лоскутов, А. М. Кондрашов, Л. Ю. Науменко, А. М. Гулай. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. — 218 с.
4. Заруцький, Я. Л. Вказівки з військово-польової хірургії / Я. Л. Заруцький, А. А. Шудрак [и др.]. — Київ: СПД Чалчинська Н. В., 2014. — 396 с.
5. Бойчак, М. П. Організація надання невідкладної медичної допомоги у військових частинах (закладах) Збройних Сил України: метод. рек. / М. П. Бойчак [и др.]. — Київ: ГВМКЦ «ГВКГ», 2011. — 128 с.
6. Сучасні аспекти військової медицини: зб. наук. праць Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України. — Вип. 20. — Київ, 2013. — 768 с.
7. Гут, Т. М. Військово-медична підготовка: навч. посіб. / Т. М. Гут, Р. П. Гут. — Київ: Медицина, 2010. — 304 с.
8. Невідкладна військова хірургія / пер. з англ. — Київ, 2015. — 568 с.
9. Проблеми військової охорони здоров'я том 1: зб. наук. праць Української військово-медичної академії. — Вип. 38. — Київ, 2013. — 435 с.
10. Проблеми військової охорони здоров'я том 2: зб. наук. праць Української військово-медичної академії. — Вип. 38. — Київ, 2013. — 447 с.
11. Шевченко, Ю. Л. Принципи забезпечення якості медичної допомоги раненим і больним / Ю. Л. Шевченко // Воєнно-медичний журнал. — 1997. — № 3. — С. 4–12.
12. Військово-медична доктрина України (проект) // Клінічна хірургія. — 2014. — № 12. — С. 65–69.
13. Военная медицина Украины сегодня // Український медичний вісник. — 2014. — № 6–7. — С. 3–5.
14. Хоменко, І. П. Застосування тактики «damage control» у тяжких поранених і постраждалих в умовах бойових дій і мирного часу / І. П. Хоменко, В. П. Майданюк. // Шпитальна хірургія. — 2014. — № 2. — С. 92–95.
15. Андронатій, В. Б. Система медичного забезпечення Збройних сил України: сучасний стан і напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ / В. Б. Андронатій, В. О. Жаховський, О. Ю. Булах, В. Г. Лівінський. // Наука і оборона. — 2014. — № 3. — С. 23–30.