

Основные направления развития лечебно-эвакуационного обеспечения в условиях современных военных конфликтов

Военная кафедра УО «Гомельский государственный медицинский университет»

В настоящее время мы являемся свидетелями непрерывной череды локальных войн и вооруженных конфликтов различной интенсивности.

С распадом СССР их география распространилась и на постсоветское пространство.

Можно отметить, что вооруженные конфликты без применения оружия массового поражения - это не только настоящее, но и обозримое будущее человечества. Сегодня современное обычное вооружение, стратегия и тактика ведения боевых действий сильно изменяют представления прежних лет о структуре санитарных потерь, а военная медицина при оказании помощи пострадавшим постоянно сталкивается с более совершенными методами лечения. Все это требует разработки, обоснования и реализации нового концептуального подхода, адекватной структурной и функциональной перестройки военного здравоохранения.

Одним из принципиальных направлений реализации этого подхода может быть:

- повышение мобильности в структуре медицинской службы;
- проведение оперативной (авиамедицинской) эвакуации;
- приближение этапов оказания специализированной медицинской помощи (СМП) непосредственно к району боевых действий;
- широкое использование групп СМП с целью усиления лечебно-профилактических учреждений .]1[(ЛПУ), создание условий для оказания в них неотложной СМП

Как известно, единый процесс оказания медицинской помощи, который в мирное время осуществляется в одном ЛПУ, в условиях вооруженного конфликта разделен на несколько частей, при котором различные виды медицинской помощи последовательно оказываются на разных этапах медицинской эвакуации. Однако в идеальной ситуации результаты комплексного лечения должны быть максимально приближены к условиям многопрофильного ЛПУ. Так, в последние годы появилось множество работ, основанных на изучении результатов лечения раненых и пострадавших в период контртеррористических операций на Северном Кавказе, свидетельствующих, что худшие результаты были у тех раненых, которые последовательно «прошли» все этапы эвакуации, а лучшие - у тех, кто после оказания первой, доврачебной или первой врачебной помощи сразу были эвакуированы на этап оказания СМП.

Так, при оказании помощи по двухэтапной схеме, осложнения развились у 28% раненых, по трехэтапной - у 76%, по четырехэтапной - у 92%. Одна из основных причин развития осложнений - увеличение времени между моментом получения ранения и началом .]1[оказания адекватного исчерпывающего лечения

Поэтому, учитывая вышеизложенное, можно утверждать, что в современных условиях наиболее активной становится концепция неотложной и раннее специализированной помощи, так как обеспечение ее позволяет получать результаты, несопоставимые с теми, которые достигаются при подключении специализированного лечения после

многократных вмешательств, выполненных общими хирургами в условиях передового района .]1[

Однако существует концепция «укрепленной передовой» (ВС США), согласно которой лучшие медицинские силы и средства для обеспечения раненых специализированным лечением следует концентрировать на расстоянии не более 50 км от линии фронта. Реализация этой концепции требует совершенствования имеющихся и создания новых мобильных медицинских учреждений, предназначенных для развертывания и работы в непосредственной близости от линии фронта.

При всей разноплановости существующих концепций в организации лечебно-эвакуационного обеспечения характерны показатели, обеспечивающие оптимальное соотношение времени, затрачиваемого на оказание полноценной медицинской помощи при ранениях, поражениях и заболеваниях, с одной стороны, и, с другой стороны, количества этапов медицинской помощи, на которых такая медицинская помощь оказывается .]2[

Большое значение в современной войне имеет своевременная эвакуация раненых с поля боя, поэтому становится актуальным вопрос разработки и внедрения средств поиска раненых.

Вполне очевидно, что сохранению жизни раненым способствуют:

- сокращение сроков от момента ранения до оказания первой помощи и доставка раненых на этапы медицинской эвакуации с высоким качеством оказываемой помощи;
- укрытие раненых для предотвращения вторичных поражений боевыми средствами противника.

Обозначение места нахождения раненых должно быть хорошо заметным для личного состава подразделений медицинской службы, осуществляющих их эвакуацию с поля боя в медицинские пункты. Как правило, при обозначении мест скопления раненых используются подручные средства, но эти простые способы имеют следующие недостатки:

- количество знаков, указывающих места нахождения раненых на поле боя, являются косвенным разведывательным признаком величины потерь личного состава;
- места скопления раненых могут быть заметны противнику и являться ориентиром для целеуказания;

В Советском Союзе для обозначения мест сосредоточения раненых был разработан комплект радиопеленгационной аппаратуры «Роза-МТ». Данный комплект имел следующие недостатки:

- малый радиус действия (наибольшее расстояние пеленга - 300 м);
- недостаточную точность обозначения места (точность выхода на объект - 10 м);
- низкую разведзащищенность.

Именно из-за указанных недостатков он был снят с вооружения, а новых, к сожалению, не поступило. Сегодня активно ведутся разработки данной аппаратуры. В качестве перспективных средств для розыска раненых на поле боя рассматриваются системы определения координат GPS-приемники, которые благодаря использованию глобальной системы определения координат позволяют с точностью до десятков см установить место объекта (широту, долготу и высоту над уровнем моря).

Переносной комплект оборудования санитарного инструктора, санитаря-носильщика может включать карманный персональный компьютер, GPS-приемник и

радиостанцию, способную передавать данные и речь.

Если рассмотреть действия на поле боя санитарного инструктора роты, оснащенного переносным комплектом оборудования, то они будут выглядеть примерно так. Санитарный инструктор роты на поле боя следует за цепью наступающего подразделения. Увидев раненого военнослужащего, приближается к нему и оказывает помощь. После этого определяет местоположение и выводит на экране КПК фамилию, инициалы, личный номер, медицинскую и эвакуационную характеристики раненого. Эта информация передается в автоматическом режиме, а санитарный инструктор перемещается к следующему раненому.

Сигналы от прибора санитарного инструктора роты принимаются радиостанцией диспетчера медицинской эвакуации. Диспетчер анализирует их с использованием компьютера и формулирует предложения по рациональному маршруту сбора и эвакуации раненых с поля боя, с учетом минимального времени движения транспорта, эвакуационной емкости транспортного средства и характеристики раненых. Данная информация передается на бортовой компьютер транспорта, предназначенного для эвакуации. Движение в нужную точку и]3[ее достижение контролируется системой GPS

По-прежнему сохраняет свою актуальность создание робототехнических комплексов медицинской службы (РТК-МС) для розыска, выноса раненых с поля боя и оказания им элементов первой помощи. Использование РТК-МС позволит приблизить медицинскую помощь к раненому. Создание многофункциональных робототехнических комплексов относится к приоритетным направлениям работы многих государств.

В Российской Федерации проводится научно-исследовательская работа по созданию РТК-МС. В состав комплекса входят транспортно-управляющая машина ТУМ и дистанционно-управляемая эвакуационная машина. Для извлечения раненых (пораженных) из завалов предлагается использовать пневматический домкрат. Так же планируется создание руки-манипулятора и специального бронированного контейнера - ложемента. Бронированный контейнер предлагается оснастить системами жизнеобеспечения [4].

Таким образом, можно отметить, что в настоящее время большое внимание уделяется совершенствованию лечебно-эвакуационного обеспечения применительно к современным условиям ведения боевых действий.

Литература

1. Гайдар, Б. В., Иванцов, В. А., Сидельников, В. О. К вопросу о необходимости сокращения этапов медицинской эвакуации в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов // Военно-медицинский журнал. 2004. № 6. С. 4-7.
2. Астрелин, П. В. Перспективные направления развития лечебно-эвакуационного обеспечения Вооруженных Сил // Военная медицина. 2007. № 4. С. 2-5.
3. Шелепов, А. М., Исламгазин, Ш. Р., Солдатов, Е. А. Использование спутниковых систем управления медицинской службой // Военно-медицинский журнал. 2004. № 1. С. 4-11.
4. Шелепов, А. М., Жидик, В. В., Черный, А. Ж. Перспективные технологии лечебно-эвакуационного обеспечения в условиях современных военных конфликтов // Военно-медицинский журнал. 2007. № 2. С. 13-15.