

## **ЗНАЧЕНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ОКАЗАНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННОМ ВООРУЖЕННОМ КОНФЛИКТЕ (ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ)**

*Жидков С.А., Корик В.Е., Ключко Д.А.*

*Кафедра военно-полевой хирургии Военно-медицинского института  
в УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** За последние 20-25 лет кардинально изменились взгляды и подходы к оказанию медицинской помощи на войне. Изменилась интенсивность и характер боевых действий, тяжесть ранений, их локализация, что требует новых решений в лечении раненых начиная с поля боя и заканчивая реабилитацией. Первая помощь, доврачебная и первая врачебная помощь, в конечном итоге направлены на то, чтобы раненый попал к врачу хирургу, т.е. на этап квалифицированной хирургической помощи. Здесь, чаще всего, и решается вопрос о сохранении жизни. Однако, большой объем работы и дефицит персонала могут создать проблемы при оказании квалифицированной хирургической помощи.

**Цель исследования.** На основании данных об организационно-штатной структуре учреждений здравоохранения МЗ РБ и МО РБ определить оптимальный объем помощи на этапе квалифицированной хирургической помощи.

**Материалы и методы.** 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 общехирургические 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, нейрохирургии. Сюда же следует добавить отсутствие опыта оказания хирургической помощи при сочетанной травме.

**Результаты и обсуждения.** Наиболее вероятным вариантом, по мнению специалистов, будет оказание КХП в сокращенном варианте (тактика «контроля повреждений»):

- остановка наружных кровотечений;
- герметизация полых органов;
- лапаротомия – для остановки кровотечения;
- временное протезирование сосудов;
- устранения ОДН;
- ампутация по типу ПХО;
- наложение стержневых аппаратов.

В целом, поддерживая вышеприведенные принципы, хотелось бы оценить возможные реалии «квалифицированной хирургической помощи в случае отсутствия в районных больницах групп усиления (это же касается ОМедО).

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 ОДН;

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

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

Ампутация по типу ПХО выполняется при отсутствии массового поступления раненых. Подавляющее число общих хирургов не имеет опыта наложения стержневых аппаратов.

С приобретением практического опыта в учреждениях мероприятия КХП могут расширяться.

Ко всему вышесказанному следует добавить недостаток анестезиологов-реаниматологов, а также дыхательной аппаратуры для проведения продленной ИВЛ при тяжелых ранениях и травмах.

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