

Принципы организации оказания специализированной медицинской помощи в военном полевом госпитале (многопрофильном). Сообщение 3. (По опыту вооруженного конфликта в Чеченской Республике 1994-96гг., 1999-2001гг.)

Военно-медицинское управление Министерства обороны

Даная статья является продолжением цикла статей об организации оказания специализированной медицинской помощи в военном конфликте в военном полевом госпитале.

Организация лечения раненых и больных и оказания им специализированной медицинской помощи (СМП) в военных конфликтах (ВК) постоянно находится в центре внимания, как командования, так и органов управления медицинским обеспечением противоборствующих сторон. По существу развитие организационных форм и методов лечебно-эвакуационного обеспечения войск всегда определялось построением данного вида медицинской помощи.

В процессе исторического развития военной медицины и ее составляющей - системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, имели место самые различные формы организации оказания хирургической и терапевтической помощи раненым и больным. Эти формы определялись целым рядом исторических условий, среди которых решающее значение имели уровень развития медицины, в частности хирургии, наличие и степень подготовленности специалистов, оказывающих хирургическую и терапевтическую помощь, численность вооруженных сил, характер средств поражения, способы ведения боевых действий. Общим в развитии организационных форм медицинской помощи в войнах XIX - XXI вв. является тенденция к ее специализации. Эта тенденция вначале находит свое выражение в появлении в армии врачей-хирургов. В дальнейшем появляются хирурги-специалисты более узкого профиля, которые обеспечивают оказание специализированной хирургической помощи (нейрохирургической, офтальмологической, ортопедической, торакоабдоминальной, урологической и др.).

Один из главных принципов военно-полевой хирургии заключается в стремлении обеспечить раненым хирургическую помощь в максимально ранние сроки, в наиболее полном объеме и на одном месте. Однако на протяжении всех войн этот принцип в большей или меньшей степени вступал в противоречие с условиями боевой обстановки. В процессе организации оказания хирургической помощи на войне, как правило, возникает необходимость эвакуировать раненых в тыл, где можно было бы создать необходимые условия для их полноценного лечения.

Прогресс в области здравоохранения и опыт лечения боевых поражений в советско-финляндской войне 1939-1940 гг. и предвоенные годы создали практические и теоретические предпосылки для разработки и реализации принципов СМП раненым и больным с их эвакуацией по назначению.

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения войск направлена на: максимальное сокращение этапов и сроков медицинской эвакуации и создание условий для одномоментного оказания исчерпывающей хирургической помощи

раненым; сохранение единых подходов к лечению огнестрельных ран; широкую специализацию хирургической помощи; придание приоритетного значения неотложным мероприятиям и приближение специализированной хирургической помощи к раненым и больным; возможность и допустимость изменения установленного объема хирургической помощи в военных медицинских частях и организациях в зависимости от боевой и медицинской обстановки и, наконец, сохранение последовательности и преемственности в оказании хирургической помощи.

В лечебных отделениях военного полевого госпиталя (многопрофильного)(ВПГ(М)) раненым и больным оказывают специализированную хирургическую и терапевтическую помощь.

Специализированная хирургическая помощь - это комплекс диагностических, хирургических и реаниматологических мероприятий, проводимых раненым и пораженным с применением сложных методик, использованием специального оборудования и оснащения в соответствии с характером, профилем и тяжестью ранения, заболевания [1].

Специализированная хирургическая помощь (СХП) оказывается врачами-специалистами с соответствующей подготовкой в специально предназначенных для этих целей специализированных лечебных отделениях (ВПГ(М)), при помощи специального оборудования и инструментария.

Она может также оказываться в стационарных или полевых условиях, в учреждениях усиленных для этой цели группами специалистов оснащенных необходимым имуществом и оборудованием.

К категории лиц, нуждающихся в «ранней СХП» относятся: тяжелораненые с множественными и сочетанными боевыми травмами (проникающие ранения головы и позвоночника, закрытые повреждения черепа и позвоночника, головного и спинного мозга, проникающие ранения груди с признаками массивной кровопотери и выраженной дыхательной недостаточностью, проникающие ранения и закрытые повреждения живота, тяжелые переломы длинных трубчатых костей и таза, повреждения магистральных кровеносных сосудов), а также раненые со сложными изолированными ранениями.[2]

Наличие тяжелой сочетанной травмы обуславливает необходимость определения уже в ходе сортировки рациональной последовательности выполнения оперативных вмешательств у данного раненого. Как правило, основное положение заключается в допустимости одномоментного выполнения только однотипных операций (например, неотложной торакотомии и остановки наружного кровотечения из артерии конечности). Это возможно при отсутствии массового поступления раненых, обеспечении операции несколькими хирургическими бригадами и необходимым инструментарием, наличии навыков одномоментного оперирования у хирургов и анестезиологов, компенсированного или субкомпенсированного состояния раненого, отсутствия дыхательной недостаточности или дислокации головного мозга.

При отсутствии вышеуказанных условий оперативные вмешательства выполняются последовательно в ходе одного наркоза либо в различные периоды травматической болезни.

СХП, в зависимости от времени ее оказания, делится на: неотложную, срочную, отсроченную и плановую.

По опыту медицинского обеспечения локальных войн и вооруженных конфликтов СХП оказывалась в лечебных учреждениях 1-го эшелона. При этом удельный вес оперативных вмешательств по неотложным показаниям составил до 12%, срочным – до 15%, отсроченным – до 30% и плановом порядке – около 43%. В лечебных учреждениях 2 и 3 эшелонов неотложные мероприятия составляли до 1,5%, срочные – 5%, отсроченные – до 9%, плановые – до 40% [3].

СХП оказывается: раненым в голову, шею, позвоночник - нейрохирургическая, офтальмологическая, оториноларингологическая и челюстно-лицевая; раненым в грудь, живот и таз – торакоабдоминальная, урологическая, гинекологическая; раненым с повреждением длинных трубчатых костей и суставов конечностей – травматологическая, ангиохирургическая; обожженным и обмороженным - комбустиологическая; а также раненым с комбинированными поражениями, легко раненым и легкобольшим, пораженным проникающей радиацией, отравляющими веществами и токсинами, больным психоневрологического профиля и инфекционным больным.

В случае сокращения объема квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе, а также возможным поступлением в ВПП(М) раненых и пораженных непосредственно из очагов массовых санитарных потерь объем лечебно-диагностической работы по оказанию медицинской помощи может резко возрасти и значительно превышать ее штатные возможности. В этих случаях квалифицированная и СМП должны осуществляться в порядке очередности в соответствии с медицинскими показаниями, но в полном объеме. В первую очередь осуществляются хирургические вмешательства по неотложным показаниям, во вторую очередь - по срочным показаниям, в третью очередь – отсроченные и в четвертую очередь - плановые мероприятия.

Порядок и очередность оказания квалифицированной и СМП определяется ведущими специалистами госпиталя для каждого лечебного отделения.

При определении потребности в хирургических силах следует исходить из возможностей хирургических бригад. Принято, что одна хирургическая бригада двухврачебного состава в ВПП(М) способна за 16 часов работы выполнить до 10 оперативных вмешательств, одноврачебного состава - от 15 до 20-24. При этом в специализированных хирургических отделениях госпиталя большинство хирургических бригад двухврачебного состава, а в общехирургическом отделении госпиталя половина двухврачебного и половина одноврачебного состава.

Рассмотрим основные особенности организации оказания СХП некоторым категориям раненых и больных.

В ВПП(М) для приема, оказания СМП и лечения развертываются приемно-сортировочное отделение, диагностическое отделение, центральный операционный блок, отделение реанимации и интенсивной терапии, рентгенологическое отделение с кабинетом ультразвуковых исследований (УЗИ), лабораторное отделение, аптека, стоматологический кабинет, физиотерапевтическое отделения и специализированные хирургические (нейрохирургическое, травматологическое, общехирургическое) и терапевтическое отделения.

Особенности работы нейрохирургического отделения ВПП(М) [4,5,6] определяется тем, что по существующим ныне взглядам, все раненые в голову, шею и позвоночник должны поступать в этот госпиталь, независимо от наличия или отсутствия явных признаков повреждений костей и сосудисто-нервных стволов.

Кроме того, более трети из них будут иметь сочетанные ранения. Поэтому при обследовании, оказании медицинской помощи и лечении раненных в голову, шею, позвоночник, кроме нейрохирурга, необходимо участие офтальмолога, оториноларинголога, челюстно-лицевого хирурга, психоневролога и других специалистов, а также использование сложного диагностического оборудования.

С этой целью для работы нейрохирургического отделения в ВПГ(М) должно развертываться диагностическое отделение и диагностическая перевязочная, обеспечивающие совместную работу специалистов, как на стадии установления диагноза, так и в процессе оказания СХП. Необходимость диагностического отделения определяется еще и тем, что в условиях современной войны трудно рассчитывать на достаточно точную диагностику ранений головы в отдельном медицинском отряде (омедо).

В диагностическом отделении в ходе сортировки уточняется характер ранения, его локализация, определяется очередность оперативного вмешательства и осуществляются специальные диагностические исследования (люмбальная пункция, рентгенография черепа в 4-х стандартных проекциях, эхоэнцефалоскопия, церебральная ангиография).

В ходе обследования выделяют 5 групп раненных.

В первую группу входят нуждающиеся в реанимационных мероприятиях с признаками нарушения жизненно важных функций. По мере стабилизации их состояния в большинстве своем они будут нуждаться в срочном хирургическом лечении – декомпрессионной трепанации черепа и устранении сдавления головного мозга и направлении в отделение анестезиологии-реанимации.

Во вторую группу - раненные с четкой клиникой сдавления головного мозга без выраженных витальных нарушений, которые направляются в операционную в первую очередь.

В третью группу - раненные с ушибами головного мозга средней и тяжелой степени, нуждающиеся в наблюдении и проведении специальных диагностических исследований – направляются в диагностическую палату.

Четвертую группу - раненные с легкими формами черепно-мозговой травмы (сотрясения и ушибы мозга легкой степени), не требующие хирургических вмешательств, подлежащие дальнейшей эвакуации.

В пятую группу - раненные в терминальном состоянии (агонирующие), которым проводится симптоматическая терапия.

Из четвертой группы выделяют легкораненных, к которым относятся лица с ранениями мягких тканей головы при отсутствии дефектов кожного покрова, не сопровождающиеся тяжелой или среднетяжелой травмой головного мозга; с неврологически неосложненной закрытой травмой позвоночника при отсутствии признаков первичной его нестабильности; с нарушением функции периферических нервов при сохраненной их анатомической целостности, отсутствии повреждений костей и сосудов, массивных разрушений мягких тканей, обширных дефектов кожного покрова.

По данным Б.В. Гайдара с соавт.[4] эта группа может составлять 25-30% от общего числа раненных нейрохирургического профиля, поступивших в ВПГ(М), которые в течение первой недели будут переведены в специализированные стационары системы Министерства здравоохранения.

Основными принципами оказания специализированной нейрохирургической помощи являются следующие: проведение ее в максимально ранние сроки после ранения; полноценность и завершенность оперативных вмешательств.

В лечении раненных в голову, шею и позвоночник большое значение имеют правильная организация питания, ухода и предупреждение осложнений (вторичных кровотечений, пролежней, аспирационных пневмоний и др.), поэтому важное значение для успешного лечения этой категории раненных приобретает подготовка среднего и младшего медицинского персонала по обслуживанию раненных.

После оказания специализированной нейрохирургической помощи эта категория раненных должна целенаправленно готовиться к эвакуации на специализированные больничные койки системы Министерства здравоохранения (СБК МЗ) и (или) в ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ» (ГВКМЦ). По опыту тактико-специальных учений и научно-исследовательских работ, выполненных в ВМедА г. Санкт-Петербург Российская Федерация, для эвакуации этой категории раненных целесообразно использовать авиационный транспорт, а при его отсутствии – железнодорожный. Оптимальными сроками для эвакуации раненных на СБК МЗ и (или) ГВКМЦ являются: авиационным транспортом – на 2-5 сут., железнодорожным транспортом – для раненных средней тяжести – с 7 суток, тяжелых – на 10 сутки.

Особенности работы травматологического отделения ВПГ(М).[7] В структуре санитарных потерь боевые повреждения конечностей в контртеррористических операциях на Северном Кавказе составили более 53%. При этом в структуре повреждений верхних конечностей доминировали плечо и кисть (38,9% и 38,6% соответственно), нижних – голень и бедро (48,6% и 30,3%).

Частота ранений крупных составов была практически одинаковой: коленного – у 24% военнослужащих, локтевого – у 22,3%, тазобедренного – у 19,0%, плечевого – у 17,4%. Характер переломов от современных видов оружия в 35,1% случаев были оскольчатые и в 41,3% раздробленные.

У 12,1% раненных с огнестрельными переломами отмечались ранения крупных магистральных сосудов и у 18,5% - повреждения нервных стволов. Это связано не только с прямым попаданием ранящего снаряда, но и в результате дистантного повреждения под воздействием детонационной ударной волны.

В травматологическом отделении ВПГ(М) для приема, оказания специализированной хирургической помощи и лечения развертываются три палаты: 1-я для раненных с повреждениями нижних конечностей, 2-я для раненных с повреждениями верхних конечностей, 3-я для раненных с комбинированными и сочетанными повреждениями. В оказании помощи раненым с повреждением длинных трубчатых костей и крупных суставов большое значение имеют рентгенологические методы диагностики повреждений. До 95% поступающих в госпиталь нуждаются в первичном рентгенологическом обследовании и 70% в контрольном.

При хирургической обработке ранений конечностей необходимо предусматривать проведение восстановительных операций на поврежденных магистральных сосудах и крупных нервных стволах.

Оперативные вмешательства при отрывах и разрушениях конечностей проводят после выведения раненных из шока и остановки кровотечения; при сопутствующих ранениях магистральных сосудов другой локализации – после перевязки их или временного протезирования.

В зависимости от общего состояния раненого, локализации и вида перелома, а также положения отломков выбирают методы лечения и обездвиживания отломков. В настоящее время широко используют внеочаговый остеосинтез при переломах костей таза, бедренной и плечевой костей.

В связи с тем, что сроки лечения большинства раненых с повреждением костей конечностей и крупных суставов превышают 60 суток, они подлежат эвакуации на СБК МЗ и (или) ГВКМЦ, а это накладывает определенные требования к организации работы всех отделений ВПГ(М). В его работе основное внимание должно быть сосредоточено на проведение эвакуационно-прогностической сортировки и своевременной подготовки раненых к эвакуации в тыл. В эту группу относятся следующие раненые: с ампутациями конечностей на всех уровнях; с огнестрельными и неогнестрельными переломами бедренной, плечевой, большеберцовой костей, обеих костей предплечья; с ранениями (разрушениями) суставных поверхностей тазобедренного, коленного, плечевого и локтевого суставов; с переломами костей таза, сопровождающимися нарушением целостности тазового кольца; с повреждениями магистральных кровеносных сосудов и нервных стволов.

Указанные категории раненых могут быть эвакуированы на СБК МЗ и (или) в ГВКМЦ авиационным транспортом с 3-4 сут., по железной дороге с 7-10 суток. Противопоказаниями к эвакуации являются: некупированные явления шока, угроза и начальные признаки развития анаэробной инфекции, тромбоз магистральных сосудов, острые гнойно-септические осложнения.

Особенности работы общехирургического отделения ВПГ(М) [8,9,10,11]. Организация СХП раненым в грудь, живот и таз определяются увеличением тяжести состояния раненых вследствие наличия сочетанных повреждений указанных областей тела. По данным военно-медицинского музея МО РФ (ВММ МО РФ) во время контртеррористических операций на Северном Кавказе ранения груди составили 7,4-8,3%, а живота – 4,5-4,9% от всех санитарных потерь. При этом в структуре огнестрельных ранений живота отмечается существенный рост сочетанных повреждений 66,1% в 1994-1996 гг. и 81,0% в 1999-2002 гг. При сочетанных повреждениях живота чаще всего повреждались конечности, грудь, голова и таз. Тяжелое ранение двух областей тела имело место в 31,5% и 37,9% случаев, трех – в 8,5% и 26,3%, четырех – в 3,4% и 11,2% случаев.

Для оказания СХП и специализированного лечения раненых в грудь, живот при развертывании общехирургического отделения предусматривается наличие палат для раненых в грудь, для раненых в живот и таз, а также имеющих торакоабдоминальные ранения и, кроме того палата для лечения раненых с раневой инфекцией груди, живота и органов таза. Одна операционная предназначена для хирургических вмешательств на органах грудной клетки (не гнойные операции), другая – для раненых в живот и таз. Соединяющая эти две операционные палата интенсивной терапии предназначена для размещения тяжелораненых при подготовке их к операции и выведения из наркоза.

Общая принципиальная схема лечения раненых в грудь включает: рентгенологическое исследование, раннее и полноценное дренирование плевральной полости, торакотомия по поводу продолжающегося внутривидеоплеврального кровотечения, торакоцентез при напряженном пневмотораксе, остановку кровотечения из раны грудной стенки, устранение открытого пневмоторакса, эффективное поддержание проходимости дыхательных путей, восполнение

кровопотери, герметизацию и стабилизацию грудной стенки, антимикробную и поддерживающую терапию, введение обезболивающих, оксигенотерапию и дыхательную гимнастику, борьбу с висцеральными осложнениями.

При ранениях и травмах груди эвакуации на СБК МЗ и (или) в ГВКМЦ подлежат раненые: при проникающих ранениях груди и проведенной операции широкой торакотомии (после удаления дренажа, расправления легкого и ликвидации расстройств кровообращения и дыхания); с сочетанными торакоабдоминальными ранениями; с наличием инородных тел в корне легкого или средостении; с различными осложнениями ранений и закрытых травм (бронхиальный свищ, ограниченная эмпиема плевры, абсцесс и гангрена легкого и др.)

Эвакуация авиационными транспортными средствами возможна начиная с 3-5 суток, по железной дороге – с 10-15 суток.

Противопоказаниями к эвакуации являются: тяжелые формы острой дыхательной недостаточности, септическое состояние, эмпиема плевры.

В структуре санитарных потерь ранения и закрытые травмы живота составляют 6-7%.

При тяжелых травмах наблюдаются повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиническая картина зависит от характера повреждения (разрыв крупного сосуда, паренхиматозного или полого органа) и времени, прошедшего с момента получения травмы. Повреждение полых органов, как правило, быстро приводит к развитию перитонита.

Распознавание внутрибрюшных повреждений затруднено при сочетанной травме, особенно при сопутствующих черепно-мозговых повреждениях.

Всем раненым с проникающими ранениями живота и повреждениями внутренних органов производят лапаротомию с целью выявления источника кровотечения и окончательной остановки его, ревизии органов брюшной полости и вмешательства на поврежденных органах, дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, хирургической обработки входных и выходных ран.

Повреждения, сопровождающиеся одновременным нарушением целостности грудной и брюшной полостей и диафрагмы, относят к торакоабдоминальным. Их частота составляет 10-12%. Раненые с такими повреждениями представляют собой наиболее тяжелую категорию, летальность в которой достигает 40%.

В зависимости от характера и размеров повреждения внутренних органов и дефектов в диафрагме на первый план выступают нарушения либо органов груди, либо живота.

Выбор хирургической тактики должен основываться на оценке клинической картины, особенностей повреждения в каждом конкретном случае и зависит от степени и интенсивности кровотечения в ту или иную полость. При продолжающемся внутрибрюшном кровотечении выполняют лапаротомию (после лапароцентеза или лапароскопии).

При ранениях и травмах живота эвакуации на СБК МЗ и (или) в ГВКМЦ подлежат: после лапаротомии в случае возникновения осложнений (кишечный свищ, каловый свищ и др.); с тяжелыми нарушениями функций органов пищеварения после перенесенных оперативных вмешательств.

Эвакуация авиационным транспортом возможна с 3-5 суток, железнодорожным транспортом с 10-15 суток.

Противопоказаниями к эвакуации являются нагноение операционной раны, межкишечные (внутрибрюшные) абсцессы, угроза эвентрации внутренних органов, септическое состояние.

Главной особенностью современной боевой урологической патологии является высокая частота сочетанных повреждений, достигающая 95%, что определяет тяжесть этой категории раненых.

При ранениях и травмах мочеполовой системы эвакуации на СБК МЗ и (или) в ГВКМЦ подлежат: раненные с повреждением почек, осложненные воспалительным процессом, мочевыми свищами, нарушением функции; раненные с повреждением мочеиспускательного канала и нарушением мочеиспускания; с обширными повреждениями наружных половых органов, требующих восстановительного оперативного лечения.

Эти раненные могут быть эвакуированы авиационным транспортом, начиная с 3-5 суток, железнодорожным транспортом - с 7-10 суток. Противопоказаниями к эвакуации являются угроза вторичных кровотечений, гнойно-мочевые затеки, септическое состояние.

Для определения объема и содержания СХП раненым и пораженным с ожоговой травмой решающее значение имеет распределение их по тяжести.

Легкообожженные с небольшими ожогами I и II степени (до 2-3% поверхности тела) со сроками лечения до 10 суток остаются в команде выздоравливающих ВПГ(М).

Обожженные средней II–IIIа степени тяжести с площадью ожога более 10% поверхности тела, а также тяжелообожженные, у которых глубокие ожоги IIIб–IV степени занимают более 10% поверхности тела поступают на ожоговые койки общехирургического отделения ВПГ(М).

Важнейшей задачей СМП является лечение до выздоровления обожженных с глубокими ожогами до 5-10% поверхности тела, имеющих благоприятный прогноз восстановления годности к военной службе, со сроками лечения до 30 суток.

Лечение тяжелообожженных, в том числе оперативное, длительное, трудоемкое и многоэтапное. Кроме того, большинство из них окажутся негодными к военной службе. Поэтому СМП у них должна ограничиваться проведением мероприятий, направленных на подготовку их к эвакуации на СБК МЗ и (или) в ГВКМЦ. Эвакуацию желательнее осуществлять в первые 7-10 суток, до развития осложнений.

Эвакуацию тяжелообожженных лучше всего проводить воздушным транспортом, обеспечивая в пути поддерживающую терапию (болеутоляющие, сердечно-сосудистые средства, а в некоторых случаях – инфузионную терапию).

Противопоказаниями к эвакуации являются: неустойчивые показатели гемодинамики (пульса, давления, суточного диуреза), наложенная трахеостома, резкая анемия.

Особенности работы отделения реанимации и интенсивной терапии ВПГ(М) [12,13].

Анестезиологическое обеспечение хирургических операций предусматривает не только устранение болевых ощущений у раненого и создание оптимальных условий для работы хирурга, но и проведение комплекса мероприятий, направленных на предупреждение, а при необходимости и коррекцию расстройств функций жизненно важных органов, развивающихся в посттравматическом периоде. Таким образом, анестезия у раненых может рассматриваться также как пред- и интраоперационный этап интенсивной терапии.

Анестезиологическая помощь в условиях ВПГ(М) включает: 1) оценку состояния раненых перед операцией и определение операционно-анестезиологического риска; 2) проведение при необходимости кратковременной интенсивной терапии с целью подготовки к операции; 3) премедикацию; 4) выбор метода анестезии и необходимых средств; 5) анестезиологическое обеспечение операций, перевязок и сложных диагностических исследований; 6) контроль состояния и проведение во время анестезии корригирующей терапии с целью профилактики и устранения опасных для жизни раненого функциональных и метаболических расстройств; 7) пробуждение раненых после общей анестезии, если нет показаний для продленного поддержания медикаментозного сна; 8) устранение болевого синдрома с помощью специальных методов.

При выполнении операций у раненых могут быть использованы различные методы местной (инфильтрационная по А.В. Вишневскому, внутрикостная, проводниковая, эпидуральная). Общая анестезия представлена методами неингаляционной, ингаляционной и комбинированной анестезии, которые могут быть проведены как с сохранением самостоятельного дыхания, так и с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). В ВПГ(М) при оказании специализированной анестезиологической помощи используются все современные методы анестезии, в том числе эпидуральная и спинальная, делается акцент на индивидуализацию ее проведения с учетом данных углубленного клинического, функционального, лабораторного обследования, мониторингового наблюдения в ходе операции.

Медицинская помощь раненым, находящимся в угрожающем жизни состоянии, подразделяется на неотложную помощь (оказывается как компонент первой, доврачебной и первой врачебной помощи) и реаниматологическую (квалифицированную и специализированную) помощь.

В ВПГ(М) содержанием специализированной реаниматологической помощи являются интенсивная терапия и интенсивное наблюдение.

Интенсивная терапия подразумевает лечение раненых в тяжелом, крайне тяжелом и критическом состоянии с использованием методов искусственного замещения функций жизненно важных органов и систем.

Интенсивное наблюдение осуществляется с использованием методов мониторинга и экспресс-контроля для раннего обнаружения изменений функционирования жизненно важных органов и систем.

Стратегической задачей интенсивной терапии является обеспечение условий для нормального развертывания срочных и долговременных компенсаторных процессов, ее основным принципом является принцип опережающего лечения. Интенсивную терапию проводят в предоперационном периоде, во время выполнения оперативных вмешательств и после операции по единой программе с учетом общей цели и замысла лечения. Она должна учитывать характер и объем неотложной помощи, оказанной на передовых этапах медицинской эвакуации, быть комплексной, патогенетической, стандартизированной, носить индивидуальную направленность.

Основными направлениями интенсивной терапии у раненых являются:
обезболивание; ликвидация расстройств системы кровообращения, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния;
коррекция нарушения гемостаза;
уменьшение травматического эндотоксикоза;

профилактика и лечение посттравматической недостаточности желудочно-кишечного тракта, печеночной, почечной недостаточности;
профилактика и лечение генерализованных инфекционных осложнений;
интенсивная терапия иммунной недостаточности;
нормализация метаболической реакции на травму;
адекватное энергетическое обеспечение.

В ВПГ(М) 1 эшелона оказывается специализированная реаниматологическая помощь в минимальном объеме (2 уровень реаниматологической помощи) дополнительно ко всем мероприятиям квалифицированной реаниматологической помощи предусматривает коррекцию расстройств дыхания с помощью простейших режимов вспомогательной вентиляции легких, введение лекарственных средств с помощью шприцевых дозаторов и инфузоматов, применение внутриаортального введения растворов, полноценное искусственное лечебное питание и интенсивный уход.

Особенности работы терапевтического отделения ВПГ(М).[14] В современной войне с возможным применением средств массового поражения резко возрастет количество санитарных потерь пораженными и больными терапевтического профиля, увеличится их удельный вес среди поступающих в ВПГ(М), изменится структура контингентов пораженных больных вследствие возникновения боевых поражений проникающей радиацией, отравляющими веществами и биологическими рецептурами, возрастет количество острых реактивных состояний у личного состава.

В период Великой Отечественной войны потери больными в действующей армии составили около 7,5 млн. чел. или 35% от общего числа санитарных потерь.

В локальных войнах и вооруженных конфликтах последних десятилетий прослеживается тенденция увеличения числа больных над ранеными. По опыту медицинского обеспечения 40-й армии в Афганистане больные составили 89% от числа санитарных потерь, а в Чечне – 47%. При этом в структуре заболеваемости в Афганистане на долю инфекционных болезней приходилось 56,5%, в Чечне – 31%.

Диагностика поражений у поступающих в ВПГ(М)будет чрезвычайно затруднена из-за массового количества больных, необходимости проведения им специального обследования (клинического, лабораторного, рентгенологического, бактериологического), стертой клинической картины на ранних стадиях и из-за комбинированного характера поражений, незнания или недостаточно глубокого знания клиники и диагностики современных боевых поражений большинством врачей, призванных из запаса.

Организация квалифицированной и специализированной терапевтической помощи в значительной степени определяется структурой контингентов пораженных и больных, поступающих в ВПГ(М). Вследствие поступления в госпиталь лиц с тяжелой и крайне тяжелой формами поражений в отделениях, как правило, придется проводить интенсивное лечение, которое потребует привлечение различных специалистов, значительного расхода медикаментов, кислорода и применения специальной медицинской аппаратуры.

К основным методам специализированного лечения контингентов терапевтического профиля относятся: гемотерапия, перитониальный диализ, гемодиализ, гемосорбция, длительная искусственная вентиляция легких, коррекция нарушенного кислотно-основного и электролитного баланса, гипербарическая оксигенация и др.

В терапевтическом отделении ВПГ(М) развертывают палаты для соматических больных, больных с психоневрологической и кожно-венерологической патологией, оборудуются процедурная.

Считается, что из числа пораженных ионизирующим излучением и фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ), поступивших из войск и омеда, в интенсивной терапии будут нуждаться до 30%, а при поступлении из МПБ и очагов поражения ФОВ - до 70%.

Одна врачебно-сестринская бригада в терапевтическом отделении ВПГ(М) способна оказать неотложную терапевтическую помощь 8-12 больным.

Важное значение в лечении пораженных ионизирующим излучением, отравляющими веществами и токсинами имеет кислородотерапия, длительность проведения которой может достигать от 3 до 10-12 часов, а расход кислорода на одного больного – 10-18 тысяч литров т.е. три 40-литровых баллона.

В связи с возможностью массового поступления в ВПГ(М) контингентов пораженных терапевтического профиля в терапевтическом отделении заблаговременно должны формироваться врачебно-сестринские бригады с необходимым оснащением для проведения медицинской сортировки и оказания неотложной терапевтической помощи в приемно-сортировочном отделении.

Организация и объем медицинской помощи пораженным и больным психоневрологического профиля и их лечения определяются в основном наличием ведущего синдрома – различных нарушений психоневрологического характера.

В терапевтическое отделение ВПГ(М) будут направляться контуженные, пораженные отравляющими веществами и токсинами, лица с острыми реактивными состояниями.

В приемно-сортировочном отделении палаты оборудуются с учетом размещения и содержания лиц с психическими расстройствами. Обслуживающий персонал должен быть обучен обращению с данной категорией больных. Для купирования психомоторного возбуждения используют лекарственные средства, а в некоторых случаях и фиксирующие устройства. Больным с психическими расстройствами в зависимости от степени выраженности симптоматики устанавливают один из следующих видов надзора: строгий, усиленное наблюдение или общий надзор. Строгий надзор за больными осуществляется в психоприемнике, усиленное наблюдение – в палатах для полубеспокойных больных, общий надзор – в палатах для спокойных больных.

В отделении (палатах) для контуженных необходимо обеспечить тщательное наблюдение за больными и уход ввиду возможности развития у них сдавления головного мозга. При выявлении этого синдрома больного следует срочно перевести в нейрохирургическое отделение госпиталя.

Лицам с реактивными состояниями проводится лечение, направленное на купирование психических расстройств. Важное значение при лечении реактивных состояний имеет правильно организованная психо- и трудотерапия, особенно для профилактики затяжных форм.

В связи с повышенной внушаемостью этой категории пораженных, больные с легкими и тяжелыми формами разобщаются.

Особенностью оказания медицинской помощи инфекционным больным и пораженным биологическим оружием является то, что она сочетается с комплексом

противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекции как внутри госпиталя, так и за его пределы.

Эвакуация инфекционных больных допускается только на санитарном или специально приспособленном для этой цели транспорте, отдельно от других больных. Не разрешается эвакуация в одном автомобиле больных с разными инфекционными заболеваниями.

При организации работы изолятора на две инфекции необходимо строго и неукоснительно выполнять определенные требования: максимально разобщать заразных больных с различными заболеваниями, в зависимости от вида возбудителя и способа передачи; по мере выздоровления и освобождения от возбудителя больных необходимо переводить в палаты для выздоравливающих; выполнять все мероприятия по предупреждению заражения персонала госпиталя и рассеивания инфекции за пределы госпиталя; быть в постоянной готовности к немедленному переводу госпиталя на строгий противоэпидемический режим работы.

Инфекционным больным и пораженным биологическим оружием, имеющим одновременно другие поражения или повреждения (радиационные и химические поражения, ранения, ожоги), оказывают терапевтическую или общехирургическую помощь на месте.

Литература

1. Указания по военно-полевой хирургии / Коллектив авторов. М.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2000. 416 с.
2. Гуманенко, Е. К., Самохвалов, И. М., Трусов, А. А., Бадалов, В. И. Организация и содержание специализированной хирургической помощи в многопрофильных военных госпиталях 1-го эшелона во время контртеррористических операций на Северном Кавказе (Сообщение пятое) // Воен.-мед.журн. 2006. № 3. С. 7–18.
3. Нечаев, Э. А., Брюсов, П. Г., Ерюхин, И. А. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых // Воен.-мед.журн. 1993. № 1. С. 17–21.
4. Гайдар, Б. В., Верховский, А. И., Шулев, Ю. А. Организация лечения легкораненых нейрохирургического профиля // Воен.-мед.журн. 1993. № 7. С. 13–16.
5. Гофман, В. Р., Глазников, Л. А., Рыбин, А. А., Субботин, П. В. Опыт оказания специализированной помощи в условиях ЛОР- и челюстно-лицевого отделения гарнизонного госпиталя, расположенного в зоне вооруженного конфликта: материалы Всеармейской научной конференции // Воен.-мед. акад. СПб., 1998. С. 134–135.
6. Даниличев, В. Ф., Трояновский, Р. Л., Монахов, Б. В. Опыт оказания офтальмологической помощи раненым // Воен.-мед.журн. 1992. № 6. С. 24–28.
7. Юркевич, В. В., Фидаров, Э. З., Бауэр, В. А. Квалифицированная и неотложная специализированная хирургическая помощь раненым в конечности // Воен.-мед.журн. 1997. № 6. С. 34–38.
8. Малахов, С. Ф., Бурмистров, В. М., Баутин, Е. А. и др. Оказание медицинской помощи обожженным, возвращаемым в строй, их лечение и реабилитация на этапах медицинской эвакуации // Воен.-мед.журн. 1993. № 8. С. 27–30.

9. Гуманенко, Е. К., Шаповалов, В. М., Дулаев, А. К., Дыдыкин, А. В. Повреждения тазового кольца у военнослужащих в современных локальных военных конфликтах (Сообщение первое) // Воен.-мед.журн. 2002. Т. 323.№ 6. С. 33–39.
10. Козовенко, М. Н. Организация оказания специализированной гинекологической помощи женщинам-военнослужащим в военное время / ВМедА: матер. науч. конф. акушеров-гинекологов МО РФ. СПб.: Б.и., 1994. С. 3–5.
11. Долинин, В. А. Лечение раненных в живот на этапах медицинской эвакуации // Воен.-мед. журн. 1971. № 11. С. 10–15.
12. Полушин, Ю. С., Богомолов, Б. Н. Анестезиологическая и реаниматологическая помощь раненым в вооруженном конфликте (Сообщение первое) // Воен.-мед.журн. 1999. № 9. С. 30–36.
13. Военно-полевая хирургия: учебник / под ред. проф. Е. К. Гуманенко. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004. 464 с.: ил.
14. Внутренние болезни. Военно-полевая терапия: учеб. пособие / под ред. проф. А. Л. Ракова и проф. А.Е. Сосюкина. СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2003. 384 с.