

## СИСТЕМА ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ

*Военный факультет в Белорусском государственном университете*

---

В настоящее время в структуре санитарных потерь по локализации в современных конфликтах преобладают ранения конечностей. Основные особенности санитарных потерь хирургического профиля в современных локальных и вооруженных конфликтах по сравнению с периодом ВОВ являются уменьшение их общей численности с возрастанием небоевых потерь, а также изменение структуры по локализации ранений с увеличением их тяжести. Система этапного лечения остается основополагающей и сегодня, смысл же ее в объединении процессов оказания медицинской помощи, лечения и эвакуации.

Вид медицинской помощи – это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, проводимых раненым при ранениях и травмах личным составом войск и медицинской службы, как на поле боя, так и на этапах медицинской эвакуации. Виды медицинской помощи: первая помощь, доврачебная (фельдшерская) помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь и медицинская реабилитация.

Под этапом медицинской эвакуации понимают силы и средства медицинской службы, развернутые на путях эвакуации с задачей приема, сортировки раненных, оказания им медицинской помощи, подготовки к дальнейшей эвакуации нуждающихся в ней и лечения. Этапы медицинской эвакуации – медицинские подразделения, части и лечебные учреждения.

Для благоприятного исхода лечения нужно стремиться к уменьшению многоэтапности в оказании помощи раненым солдатам. Объем и вид медицинской помощи, оказываемый на том или ином этапе эвакуации, может быть изменен в зависимости от конкретных условий боевой обстановки.

Медицинская сортировка – распределение раненных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, объемом оказываемой медицинской помощи и принятым порядком эвакуации. Медицинская сортировка бывает внутрипунктовой и эвакотранспортной.

К боевой хирургической патологии относятся огнестрельные и неогнестрельные травмы, поражения различными видами оружия массового поражения, которые определяются как боевая хирургическая травма, а также заболевания хирургического профиля (острые заболевания органов живота, острые гнойно-инфекционные заболевания и др.).

Лечение хирургических заболеваний в боевой обстановке имеет особенности медико-тактического характера. В военно-полевой хирургии диагноз огнестрельной травмы состоит из трех частей. Первая – морфологическая характеристика травмы, описывающая её тяжесть, характер и локализацию. Вторая – характеристика жизнеугрожающих последствий травмы. Третья – клиническая характеристика тяжести состояния раненого: травматический шок, острая дыхательная недостаточность, травматическая кома или терминальное состояние.

Хирургической обработкой раны называется вмешательство (операция), направленное на удаление нежизнеспособных тканей, предупреждение либо лечение гнойно-инфекционных осложнений и создание благоприятных условий для заживления раны. Первичная хирургическая обработка – оперативное вмешательство, направлено на удаление нежизнеспособных тканей, предупреждение осложнений и создание благоприятных условий для заживления раны. Вторичная хирургическая обработка раны – оперативное вмешательство, направленное на лечение развившихся в ране инфекционных осложнений. При выявлении на перевязке вторичного некро-

за тканей выполняется повторная хирургическая обработка раны.

В зависимости от обработки раны выделяют повторную хирургическую обработку раны по первичным и вторичным показаниям. При оказании хирургической помощи раненым с минно-взрывными ранениями и взрывными травмами учитывается множественный, сочетанный и комбинированный характер поражения. В соответствии с этим выделяются три основных принципа хирургической помощи. Первый принцип – системная оценка тяжести состояний раненого и ранняя активная диагностика повреждений. Основная задача диагностического процесса при минно-взрывной травме – выявить ведущее звено патогенеза и ведущее повреждение. Вторым принципом – рациональная интенсивная терапия. Интенсивная терапия приобретает рациональный характер, когда направлена на ведущее звено патогенеза травмы: кровопотерю, ушиб головного мозга, ушиб сердца, ушиб легких, травматический эндотоксикоз либо на их сочетание. Третий принцип – рациональные сроки, очередность и последовательность выполнения оперативных вмешательств при сочетанном характере минно-взрывного ранения и взрывной травмы.

Сроки и последовательность выполнения оперативных вмешательств на различных областях тела определяются основными положениями военно-полевой хирургии. В первую очередь выполняются неотложные оперативные вмешательства, во вторую – срочные операции, в третью – отсроченные операции.