

Вопросы оказания терапевтической помощи в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах

Ткачук Н.А., Жекалов А.Н., Гаврилюк Б.Л., Аржавкина Л.Г., Крючкова А.С.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

194044, г. Санкт-Петербург, ул. Ак. Лебедева, д. 6, т. 8-921-578-38-19

е-mail: tkachuk_nik@mail.ru (Ткачук Н.А.)

Резюме. Так исторически сложилось, что военно-полевая терапия получила свое организационное оформление значительно позже, чем военно-полевая хирургия. Стройная система оказания терапевтической помощи, в рамках единой системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению, сложилась в ходе Великой Отечественной войны и обеспечила возврат в строй 90,6% больных.

В условиях локальных войн (ЛВ) и вооруженных конфликтов (ВК) важнейшей задачей военно-полевой терапии является совершенствование системы оказания терапевтической помощи на основе регионального и территориального принципов, эшелонирования сил и средств, локализацию в конкретном регионе лечебных учреждений и их возможности, пути эвакуации и т.д..

При организации терапевтической помощи, следует руководствоваться в первую очередь величиной и структурой санитарных потерь (СП) терапевтического профиля. В современных ЛВ и ВК, наряду с терапевтическими санитарными потерями, характерными для военного времени, нельзя исключить возникновение массовых СП при ограниченном применении оружия массового поражения (ОМП), в результате разрушения (при применении обычного оружия или в результате диверсионных акций) объектов ядерной энергетики, химических предприятий, транспортных ёмкостей, содержащих токсичные химические вещества (ТХВ).

Это означает, что в условиях современной войны, ЛВ или ВК сохраняется актуальность боевой терапевтической патологии, что необходимо учитывать при организации терапевтической помощи больным и пораженным.

Ключевые слова: вооруженный конфликт, локальная война, санитарные потери терапевтического профиля, боевая терапевтическая патология, организация и оказание терапевтической помощи.

Rendering of therapeutic aid in modern local wars and armed conflicts

Tkachuk N.A., Zhekalov A.N., Gavriiliuk B.L., Arzhavkina L.G., Krutchkova A.S.

Abstract. Historically, the military field therapy became organizationally formalized much later than military field surgery. An orderly system of therapeutic aid rendering within a single system of intermediate treatment of the wounded and the sick with evacuation on orders had been developed during the Great Patriotic War, ensuring return to the formations of as much as 90.6% of patients. In the conditions of local wars (LW) and armed conflicts (AC) the paramount task of military field therapy is the existence of therapeutic aid system based on regional and territorial principles, echeloning of forces and facilities, localization in the specific region of treatment facilities and their possibility, axis of evacuation, etc.

When organizing therapeutic aid, one should first of all be governed by the size and structure of medical losses (ML) of the therapeutic profile. In modern LW and AC, along with therapeutic medical losses characteristic for the war time, one should not rule out mass ML at restricted application of mass destruction weapons (MDW), as a result of destruction (at application of ordinary weapons or as a result of sabotage operations) of nuclear engineering objects, chemical enterprises, transport capacities containing toxic chemical substances (TCS).

This means that in the conditions of a modern war, LW and AC the actuality of battle therapeutic pathology remains, which should be taken into account at organization of therapeutic aid for the sick and the affected.

Keywords: an armed conflict, a local war, therapeutic group of casualties, combat related therapeutic pathology, rendering therapeutic care.

В силу исторических особенностей становления военной медицины, военно-полевая терапия как один из важнейших ее разделов получила свое организационное оформление значительно позже, чем военно-полевая хирургия. Не удивительно, что первые и очень важные указания по организации терапевтической помощи в военное время были сделаны выдающимся отечественным хирургом Н. И. Пироговым. Он указывал, что «число выбывающих из строя во время войн, вследствие болезней как в

прошлых, так и в особенности в нынешних войнах, гораздо значительно больше убитыми и ранеными», и далее «... еще с большими трудностями, чем диагноз, соединено лечение внутренних болезней в госпиталях на театре войны. Это лечение гораздо разнообразнее и требует более индивидуализирования больных со стороны врача, чем наружные повреждения».

На основе своего богатейшего опыта оказания помощи раненым и больным Н.И. Пирогов сформулировал, пожалуй, главное положение военной медицины, которое гласит, что «...не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны...». Требования Н.И.Пирогова к сортировке раненых по срочности оказания медицинской помощи и показаниям к эвакуации являются общепризнанным образцом сочетания врачебного дела с военным и основополагающим элементом военной медицины вообще.

Формирование военно-полевой терапии как самостоятельной дисциплины подготавливалось в течение многих десятилетий лучшими представителями отечественной медицины (М.Я. Мудров, Я.И. Говоров, Р.С. Четыркин, А.А. Чаруковский и др.). Важной вехой в развитии организационных основ военно-полевой терапии стала первая мировая война, когда впервые появилась принципиально новая категория пострадавших – массовые санитарные потери от поражения отравляющими веществами.

Опыт работы военных терапевтов во время военных действий в районе озера Хасан (1938) и на реке Халхин-Гол (1939), в период советско-финляндской войны выявил необходимость организационного оформления нового раздела военной медицины – военно-полевой терапии. Но только во время Великой Отечественной войны (1941-1945 гг.) организационно оформилась четкая система оказания терапевтической помощи, выражавшаяся в сочетании весьма эффективных профилактических и лечебных мероприятий, в создании специализированных терапевтических лечебных учреждений, в установлении строгого порядка эвакуации по назначению терапевтических больных, что позволило обеспечить возврат в строй 90,6% больных.

Появление и практическое применение ядерного оружия в США в Хиросиме и Нагасаки показало, что в будущей войне пораженные от оружия массового поражения (ОМП) и раненые составят основную массу санитарных потерь, а соматические больные – относительно небольшую долю.

Таким образом, впервые в истории военной медицины основными контингентами, подлежащими лечению в терапевтических учреждениях, становятся пострадавшие от

боевого оружия (боевая терапевтическая патология) и, в этом контексте, военно-полевая терапия встала в один ряд с военно-полевой хирургией.

Конец 80-х – начало 90-х годов XX века ознаменовался ростом количества технических аварий и катастроф, главной из которых явилась авария на Чернобыльской АЭС, по масштабам и экологическим последствиям не только сопоставимая, но и превзошедшая последствия американских ядерных бомбардировок японских городов.

В то же время произошло изменение военной доктрины, связанное, прежде всего, с уменьшением возможности развязывания войны с применением оружия массового поражения, но с одновременным нарастанием конфронтации между отдельными регионами, странами и т.д., что несет в себе потенциальную опасность возникновения локальных войн и вооруженных конфликтов.

Исходя из этого, традиционные теоретические и научно-практические направления военно-полевой терапии потребовали определенного уточнения и развития.

В условиях современных локальных войн (ЛВ) и вооруженных конфликтов (ВК) важнейшей задачей военно-полевой терапии является эффективное функционирование системы оказания терапевтической помощи на основе регионального и территориального принципов, локализацию в конкретном регионе лечебных учреждений с учетом их возможностей, пути эвакуации и т.д..

При организации терапевтической помощи, следует руководствоваться основополагающими концептуальными установками, регламентирующими деятельность военно-медицинской службы, которые были наработаны ранее, уточнены и дополнены опытом Афганистана и Северного Кавказа. В первую очередь это относится к представлениям о величине и структуре санитарных потерь (СП) терапевтического профиля, зависящих от таких факторов, как поражающие свойства средств ведения войны, состояние здоровья и уровень заболеваемости личного состава, климато-географические условия театра боевых действий, санитарно-эпидемиологическое состояние региона и др. (1, 3, 4, 5).

«Для медицинской службы войск данные статистики санитарных потерь являются основой прогноза предполагаемого объема работы, адекватного выделения необходимых сил и средств и организации их использования в условиях боевой обстановки» (7).

Вопрос по формированию санитарных потерь терапевтического профиля в локальных войнах и вооруженных конфликтах был подробно рассмотрен нами ранее (6). Главный вывод, который был сделан – в ЛВ и ВК, наряду с терапевтическими

санитарными потерями, характерными для военного времени, нельзя исключить возникновение массовых СП. Такая вероятность не исключается при ограниченном применении ОМП (в марте 2013 г. в Сирии в Хан Аль-Асале - пригороде Алеппо, было зафиксировано использование химического оружия, в результате чего погибли 26 человек и около 90 получили отравления различной степени тяжести), а также в результате разрушения (при применении обычного оружия или в результате диверсионных акций) объектов ядерной энергетики, химических предприятий, транспортных ёмкостей, содержащих токсичные химические вещества (ТХВ).

Это означает, что в условиях современной войны, ЛВ или ВК сохраняется актуальность боевой терапевтической патологии, а при определенных условиях (применение ОМП) возможно резкое возрастание уровня СП терапевтического профиля, что необходимо учитывать при организации терапевтической помощи больным и пораженным.

Характерной особенностью современных ЛВ и ВК является широкое разнообразие условий их возникновения и развития, применяемых форм, методов и средств вооруженной борьбы. При этом боевые операции, как правило, будут иметь большей частью маневренный характер. Поэтому перед военными терапевтами ставится следующая задача – обеспечить терапевтическую помощь в условиях современной маневренной войны, при применении противником разных видов оружия, в условиях действия различных видов и родов войск с учетом специфики театра военных действий и многих других факторов. Все это влияет на организационные формы оказания терапевтической помощи и определяет ее задачи и объем, которые могут изменяться в зависимости от конкретной боевой обстановки (1, 3, 5, 7).

Следует отметить, что после принятия Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", были изменены некоторые изменения в оказание медицинской помощи: первая помощь, медицинская помощь и ее формы (первичная медико-санитарная; специализированная, с том числе высокотехнологическая, медицинская помощь; скорая, в том числе высокотехнологическая, медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь). Основные положения этого закона были адаптированы и частично интегрированы в военную медицину мирного времени. Этот процесс продолжается и сейчас.

Что же касается оказания медицинской помощи военнослужащим в военное время,

то мы считаем, что существующая система этапного лечения с эвакуацией по назначению себя не исчерпала. Следует, сохраняя ее основные положения, совершенствовать и адаптировать ее к современным реалиям.

Для реализации системы этапного лечения с эвакуацией по назначению потребуются:

- своевременная подготовка территориальной системы медицинской службы в соответствии с поставленными задачами;
- оперативное оборудование территории в районах возможных вооруженных конфликтов с целью создания необходимой военно-медицинской инфраструктуры для решения задач медицинского обеспечения, особенно в начальный период боевых действий;
- создание группировок медицинской службы, включающих подразделения, части и учреждения медицинской службы различных министерств, видов и родов войск;
- создание в округах мобильных подразделений и частей высокой степени готовности (МОСН, групп усиления), предназначенных для решения внезапно возникающих задач, усиления группировок медицинской службы в зоне вооруженного конфликта;
- максимальное приближение всех видов медицинской помощи к пораженному, раненому, больному;
- эшелонирование сил и средств медицинской службы;
- усиленное внимание к оснащению личного состава групп, участвующих в маневренных формах вооруженной борьбы, порою на изолированных направлениях, средствами оказания первой помощи, усиления медицинской службы батальонов врачами и средним медицинским персоналом с соответствующим оснащением и медицинскими транспортными средствами.

Современная система организации медицинской помощи в ЛВ и ВК предполагает наличие нескольких эшелонов. Первый эшелон - мероприятия от первой помощи до первой врачебной, которые обеспечиваются медицинской службой бригад, полков. Второй эшелон - военно-медицинские учреждения (ВМУ), оказывающие квалифицированную медицинскую помощь (ОМедБ, МОСН). Третий эшелон - мероприятия специализированной медицинской помощи, осуществляемые частично в МОСН (при наличии групп усиления), но, в основном - в ВМУ (госпиталях) округа и центра.

Эшелонирование и этапность лечебно-эвакуационной системы является отражением особенностей конкретной боевой обстановки, в соответствии с которой и принимается решение о количестве этапов оказания помощи и эшелонировании сил и средств, а главным является принцип минимально достаточной необходимости (7).

На схожих принципах строится, например, система оказания медицинской помощи раненым и больным в армии США. Стационарное и амбулаторное лечение всех категорий раненых и больных осуществляется, главным образом, в пределах театра военных действий (ТВД) в унифицированных, по своей численности и близких по своим задачам и организационной структуре, госпиталях боевой поддержки (ГБП). Сроки лечения раненых и больных определяются для каждого эшелона госпиталей в пределах установленного для ТВД, чаще всего до 60 суток (2).

Таким образом, в рамках положений военно-медицинской доктрины, вполне обосновано приближение квалифицированной и специализированной помощи к войскам на ТВД за счет концентрации сил и средств медицинской службы в ВМУ и лечебно-диагностических центрах региона вооруженного конфликта. Конечной целью этого является скорейшая эвакуация пострадавших и больных в те медицинские учреждения, где им будет оказаны исчерпывающая медицинская помощь (т.е. до окончательного исхода), что, естественно, приводит к сокращению количества этапов медицинской эвакуации.

Применительно к СП терапевтического профиля, с учетом преобладания легких вариантов течения заболеваний по основным классам, следует отметить, что подавляющее число заболевших смогут получить исчерпывающую медицинскую помощь в объеме квалифицированной и специализированной в ВМУ, находящихся непосредственно на ТВД или максимально близко от него в пределах округа. Основным критерием для лечения больных и пострадавших на том или ином этапе будут являться средние сроки лечения по основным нозологическим формам.

При частых передислокациях ВМУ, сроки лечения могут существенно сокращаться вплоть до оказания медицинской помощи по неотложным показаниям, т.е. фактически проведения интенсивной терапии нетранспортабельным больным с целью выведения их из этого состояния с последующей эвакуацией.

Таким образом, в реальных условиях вооруженного конфликта на этапе квалифицированной медицинской помощи, при условии достаточно долгого размещения (без частых передислокаций) ВМУ, возможно осуществление лечения значительному количеству больных и пострадавших терапевтического профиля, а также окончательное

определение эвакуационного предназначения.

Касаясь организации специализированной терапевтической помощи, необходимо указать, что в условиях ЛВ и ВК она может осуществляться в госпиталях, дислоцированных в зоне ответственности округа, в центральных госпиталях, а при необходимости в любых военных или гражданских лечебных учреждениях, оказывающих высокотехнологическую медицинскую помощь.

Приведенный порядок оказания медицинской помощи больным оптимален для регионов с относительно высокой плотностью размещения госпиталей. Если же плотность размещения ВМУ сравнительно мала, то потребуются дополнительное развертывание на этой территории учреждений госпитальной базы. Исходя из расчетов среднесуточных санитарных потерь больными в ЛВ и ВК длительностью месяц и более, легко убедиться, что при применении только обычного оружия койки терапевтического профиля в лечебных учреждениях стационарной госпитальной базы будут иметь перегрузку в 1,5-2 раза. Возникновение массовых санитарных потерь при ограниченном применении ОМП, авариях, разрушениях объектов ядерной или химической промышленности, может увеличить эту перегрузку до 14-15 раз, что является абсолютно недопустимым. В этих условиях терапевтические отделения военно-полевых многопрофильных госпиталей (ВПМГ) госпитальной базы по коечной емкости, штату медперсонала и оснащению не смогут качественно и в должном объеме обеспечить пострадавшим оказание терапевтической помощи. На наш взгляд решение проблемы острого дефицита терапевтических коек можно решить, предусмотрев введением, в качестве резерва, в состав медицинской группировки 1-2 военно-полевых терапевтических госпиталей (ВПТГ).

В заключение, хотелось бы обратить особое внимание на проблему подготовки специалистов терапевтического профиля по вопросам военно-полевой терапии. От врача, кроме знаний по висцеральной патологии военной времени и висцеральных осложнений у раненых, современная война требует подготовки по токсикологии и радиологии. Как уже отмечалось, в случае применения ОМП или разрушения объектов ядерной энергетики, химических предприятий и т.д., на передовые этапы медицинской эвакуации одномоментно поступит большое количество пораженных, что сильно осложнит работу врачей-терапевтов. В этих условиях им необходимо в кратчайшие сроки провести медицинскую сортировку, санитарную обработку поступающих, определить характер и тяжесть поражения, оказать нуждающимся неотложную терапевтическую помощь,

эвакуировать их на последующие этапы оказания медицинской помощи. Эти трудности усугубляются и тем, что для установления диагноза здесь могут быть использованы в основном данные субъективного и обычного объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), простейшие инструментальные исследования (измерение артериального давления) с ограниченным применением дополнительных методов (лабораторных, инструментальных и др.). Терапевту необходимо не только поставить диагноз, но и установить лечебно-эвакуационный прогноз, т.е. определить тот этап медицинской эвакуации, где лечение окажется наиболее эффективным, а сроки лечения оптимальными. Устанавливая диагноз заболевания, врач должен назначить больному лечение, учитывая целесообразность и возможность его проведения в той обстановке, в которой будет проходить эвакуация заболевшего.

Из сказанного следует, что военно-полевой терапевт, должен иметь специальную подготовку по диагностике и лечению висцеральной патологии военного времени, висцеральных осложнений у раненых, а также пораженных с боевой терапевтической патологией.

Таким образом, совершенствование принципов организации оказания терапевтической помощи, совершенствование знаний врачей-терапевтов по всем разделам военно-полевой терапии, осуществление взаимодействия специалистов терапевтического и хирургического профилей, в том числе по раннему выявлению и лечению висцеральных осложнений у раненых, будет способствовать своевременному и качественному решению задач по оказанию терапевтической помощи в современных ЛВ и ВК.

Литература

1. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Владимиров Е.В. Опыт применения мобильных формирований Службы медицины катастроф Минобороны России в локальных войнах и вооруженных конфликтах// Воен.-мед. журн. – 2011. – Т.332, №9. – С.12-20.
2. Васильченко А.Д., Русев И.Т. Система госпитального лечения раненых и больных, принятая в США на военное время // Воен.-мед. журн. – 2008. – Т.328, №1. – С.62-65.
3. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане. 1979-1989 гг.: В 5 т. – Т.1: Организация медицинского обеспечения войск / Под ред. И.В. Синопальникова. - М.: ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко. 2003. – 468 с.

4. Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане. 1979-1989 гг.: В 5 т. – Т.IV: Внутренние болезни. Инфекционные болезни / Под ред. И.В. Синопальникова, К.С. Иванова, В.Г. Новоженова. - М.: ГВКГ им. акад. Н.Н. Бурденко. 2004. – 454 с.
5. Особенности организации и оказания терапевтической помощи раненым и больным в Республике Дагестан и Чеченской Республике. Совершенствование лечебно-профилактических алгоритмов: Отчет о НИР по теме 2.00.062.п.4. – СПб, 2003. – 285 с.
6. Халимов Ю.Ш., Ткачук Н.А., Жекалов А.Н. Формирование санитарных потерь терапевтического профиля в локальных войнах и вооруженных конфликтах // Воен.-мед. журн. – 2012. – Т.333, №9. – С.4-11.
7. Чиж И.М. Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах // Воен.-мед. журн. – 2000. – Т.321, №6. – С.4-15.