

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ

**ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИ-
ТЕТ**

Кафедра внутренних болезней №2

**ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В
ВОЕННОЕ ВРЕМЯ И ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ
СИТУАЦИЯХ МИРНОГО ВРЕМЕНИ**

Учебно-методическое пособие к практическим занятиям по
внутренней медицине (военная терапия) для студентов 5 курса
медицинского факультета

Запорожье

2015

Учреждение-разработчик:

Запорожский государственный медицинский университет МОЗ Украины

Авторы:

Визир В. А. - зав.кафедрой, д.мед.н., профессор

Заика И.В. к.мед.н., ассистент

Технический редактор Писанко О. В. ст.лаборант

Рецензенты:

– Заведующий кафедры медицины катастроф и военной медицины ЗГМУ, д.мед.н., профессор Перцов В.И.

– Заведующий кафедры пропедевтики внутренних болезней с уходом за больными ЗГМУ, д.мед.н, профессор Сиволап В. В.

Организация терапевтической помощи в военное время и при чрезвычайных ситуациях мирного времени : учеб.-метод. пособие к практ. занятиям по внутренней медицине (военная терапия) для студентов 5 курса мед. ф-та / сост. В. А. Визир, И. В. Заика. – Запорожье : [ЗГМУ], 2015. – 76 с.

Пособие утверждено на заседании ЦМР ЗГМУ 26.02. 2015р., протокол №4

Тема: Организация терапевтической помощи в военное время и при чрезвычайных ситуациях мирного времени

Количество учебных часов – 5.

I. Актуальность темы.

Оценка накопленного человечеством опыта убедительно свидетельствует о том, что все войны закономерно характеризовались высоким уровнем санитарных потерь большими, значительно превышающим размеры потерь ранеными. Поэтому внимание врачей всех времен и тем более передовых ученых-клиницистов последних двух столетий постоянно привлекала идея изучения особенностей возникновения и течения заболеваний внутренних органов в военное время, а также создания системы, обеспечивающей оказание терапевтической помощи больным и раненым.

В значительной степени эти проблемы были решены в ходе Великой Отечественной войны. Результаты деятельности медицинской службы в это время общеизвестны. Впервые в истории в условиях небывалой по масштабам и напряженности войны были достигнуты исключительно высокие показатели деятельности терапевтической службы.

Одним из обстоятельств, обеспечивших успешность решения стоявших перед медицинской службой задач, в эти годы следует считать завершение разработки теоретических и организационных основ военно-полевой терапии (ВПТ).

Разработка новых видов оружия, особенно массового поражения, увеличение масштабов санитарных потерь и изменение их структуры неуклонно повышают значение организации терапевтической помощи больным и раненым.

Эти обстоятельства и обуславливают актуальность изучения военно-полевой терапии. Целью её является создание у слушателей представления о предмете ВПТ, её истории, содержании, задачах.

II. Учебные цели занятия.

Ознакомиться (α-I):

- с организационными формами оказания терапевтической помощи на этапах медицинской эвакуации,
- с организацией медицинского обеспечения,
- со структурой санитарных потерь,
- с медицинской сортировкой на этапах медицинской эвакуации.

Знать (α-II):

- этиологию поражений от боевого оружия и заболеваний внутренних органов, возникающих в условиях боевой деятельности войск,
- патогенез поражений от боевого оружия и заболеваний внутренних органов, возникающих в условиях боевой деятельности войск,
- клинику поражений от боевого оружия и заболеваний внутренних органов, возникающих в условиях боевой деятельности войск,
- профилактику и лечение поражений от боевого оружия и заболеваний внутренних органов, возникающих в условиях боевой деятельности войск,
- разработку организационных форм оказания терапевтической помощи пострадавшим.

Уметь (α-III):

- Организовать и провести системы мер по оказанию медицинской помощи раненым и больным, с целью сохранения жизни и скорейшего восстановления боеспособности личного состава.
- Предотвратить возникновение и распространение инфекционных заболеваний среди личного состава войск, организовать проведение противоэпидемических мероприятий.
- Проведение мероприятий по защите личного состава войск от оружия массового поражения и поражающих факторов при разрушении потенциально опасных объектов.

- Организовывать медицинское обеспечение на основе анализа подготовки и ведения боевых действий, особенностей возникновения, характера течения боевых поражений и заболеваний.

III. Цели развития личности (воспитательные цели):

Деонтологические, психологические и профессионально-правовые аспекты и роль врача в условиях оказания помощи в военно-полевых условиях.

IV. Содержание темы занятия.

Общие вопросы организации терапевтической помощи в военное время и при чрезвычайных ситуациях мирного времени.

1.1. ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Военно-полевая терапия — это важнейший раздел военной медицины. Ее содержанием является изучение этиологии, патогенеза, клиники, профилактики и лечения поражений от боевого оружия и заболеваний внутренних органов, возникающих в условиях боевой деятельности войск, разработка организационных форм оказания терапевтической помощи этим категориям пострадавших.

В настоящее время указанные поражения и заболевания определяются как боевая терапевтическая патология. Она включает:

- чистые формы радиационных поражений;
- комбинированные поражения от различных факторов ядерного взрыва с преобладанием радиационного воздействия;
- поражения отравляющими веществами;
- поражения бактериологическим оружием (токсины, бактериальные рецептуры);
- закрытые травмы головного мозга;
- психогении военного времени (реактивные состояния);
- поражения продуктами горения в очагах применения напалма и в результате ядерных взрывов.

Основными задачами военно-полевой терапии являются:

— разработка, научное обоснование, систематическое усовершенствование и внедрение в практику организационных форм оказания терапевтической помощи пораженным, больным и раненым в различных условиях боевой деятельности войск;

— изучение этиологии, патогенеза, клинической картины состояний, обусловленных воздействием на организм средств массового поражения (ядерного, химического и других видов вооружения), и разработка методов их диагностики, профилактики и лечения;

— изучение особенностей возникновения, клинического течения, лечения соматических заболеваний в условиях боевой деятельности войск; анализ заболеваемости и разработка комплекса мероприятий, направленных на уменьшение заболеваемости и укрепление здоровья личного состава войск;

— разработка методов профилактики и лечения заболеваний, связанных с воздействием на организм военнослужащих неблагоприятных факторов военного труда: электромагнитных волн различных диапазонов, ионизирующих излучений, ядовитых технических и агрессивных жидкостей;

— дальнейшее совершенствование методов диагностики, профилактики и лечения заболеваний внутренних органов у раненых, контуженых, обожженных и при политравматических поражениях;

— разработка вопросов военно-врачебной экспертизы и реабилитации больных и пораженных терапевтического профиля.

В основу военно-полевой терапии как одного из разделов военно-медицинской науки положены основные принципы отечественной военно-медицинской доктрины:

а) единство в понимании причин возникновения заболеваний и принципов оказания терапевтической помощи на всех этапах медицинской эвакуации;

б) преемственность и последовательность в обследовании больных и раненых на этапах эвакуации;

в) краткая, четкая, последовательная документация.

Современные боевые операции будут иметь большей частью маневренный характер. Поэтому перед военно-медицинской службой вообще, и военно-полевой терапией в частности, ставится следующая задача: обеспечить квалифицированную терапевтическую помощь в условиях маневренной войны при применении противником разных видов оружия, в условиях действия различных видов и родов войск. Необходимо учитывать специфику театра военных действий (болотистая местность, горные районы, наличие химических предприятий, объектов ядерной энергетики), возможности противника использовать различные виды оружия и многие другие факторы.

Все это влияет на организационные формы оказания терапевтической помощи на этапах медицинской эвакуации и определяет ее задачи и объем, которые изменяются в зависимости от характера и хода боевой операции. Эти трудности усугубляются на передовых этапах эвакуации 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.).

На каждом этапе медицинской эвакуации необходимо не только поставить диагноз, но и определить лечебно-эвакуационный прогноз, т. е. установить тот этап медицинской эвакуации, где лечение окажется наиболее эффективным, а сроки его оптимальными. Устанавливая диагноз заболевания на передовых этапах эвакуации, врач должен назначить больному лечение, учитывая целесообразность и возможность его проведения в той обстановке, в которой будет проходить эвакуация заболевшего.

Работа медицинской службы усложняется в случае применения противником средств массового поражения, когда на передовые этапы медицинской эвакуации будет поступать одновременно большое количество пораженных. В этих условиях необходимо в кратчайшие сроки произвести сорти-

ровку, санитарную обработку поступающих, определить характер и тяжесть поражения, оказать нуждающимся неотложную терапевтическую помощь, эвакуировать их на последующие этапы медицинской эвакуации.

Таким образом, врачу, работающему в полевых лечебных учреждениях, необходимо иметь специальную подготовку по диагностике и лечению пораженных с боевой терапевтической патологией, знать основы организации полевой военно-медицинской службы.

Организация медицинского обеспечения

1. Основные задачи медицинской службы Вооруженных Сил Украины военного времени, их содержание и назначение.

Перед медицинской службой Вооруженных Сил Украины на военное время сегодня стоят следующие задачи:

1) Организация и проведение системы мер по оказанию медицинской помощи раненым и больным, их лечение, с целью сохранения жизни и скорейшего восстановления боеспособности и работоспособности. На текущий момент эта задача формулируется как совершенствование системы лечебно-эвакуационного и лечебно-профилактического обеспечения Вооруженных Сил Украины в военное время.

2) Совершенствование системы мер медицинской службы по предотвращению возникновения и распространения инфекционных заболеваний, сохранения боеспособности и укрепления здоровья личного состава войск. Указанное направление работы состоит из:

- проведения медицинской службой санитарно-гигиенических мероприятий и контроля над их выполнением другими службами (вещевой, продовольственной, службой КЭС, инженерной и т.д.);

- проведения противоэпидемических мероприятий.

3) Проведение мероприятий по защите личного состава войск от оружия массового поражения и поражающих факторов при разрушении потенциально опасных объектов.

4) Совершенствование медицинского обеспечения на основе глубокого анализа подготовки и ведения боевых действий, особенностей возникновения, характера течения боевых поражений и заболеваний, достижений медицинской науки и практики, опыта медицинской службы в боевых условиях.

Основными направлениями работы медицинской службы военного времени, кроме лечебно-эвакуационного и лечебно-профилактических мероприятий, проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, военно-научной работы являются:

а) обеспечение подразделений, частей и учреждений табельным медицинским имуществом;

б) проведение военно-медицинской подготовки и санитарно-просветительной работы среди личного состава войск, больных и раненых, находящихся на этапах медицинской эвакуации и т.д.

2 Организация медицинской службы Вооруженных Сил Украины. Понятие о подразделениях, части и учреждении медицинской службы.

Медицинская служба ВС Украины представляет собой специальную организацию, которая состоит из военно-медицинских подразделений, частей, учреждений и органов управления, которые предназначены для медицинского обеспечения войск в мирное и военное время. Организационно-штатная структура медицинской службы зависит от организационной структуры, задач и характера боевых действий отдельных видов Вооруженных Сил и родов войск, особенностей их медицинского обеспечения, а также от задач, которые возлагаются на соответствующие формирования медицинской службы.

Подразделения медицинской службы - это медицинские формирования, входящие в состав воинских частей. К ним относятся медицинские пункты батальона и полка. Согласно концептуальным положениям территориальной системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил Украины на современном этапе ее развития в военном звене, организация оказания медицинской помощи раненым и больным военное время значительных изменений не

требует, и будет осуществляться штатными медицинскими подразделениями, в полк включительно.

Части (учреждения) медицинской службы являются самостоятельными (отдельными) медицинскими формированиями, включаются в состав соединений и медицинской службы оперативных (оперативно-стратегических) объединений или находятся в непосредственном подчинении медицинской службы Вооруженных Сил, военных округов и центра (МО). Они имеют свой номер, свое военное хозяйство и печать. К таким формированиям относятся отдельные медицинские батальоны дивизий, отдельные медицинские отряды, санитарно-транспортные части, военно-полевые госпитали, санатории, противоэпидемические учреждения, учреждения медицинского снабжения, военно-медицинские учебные заведения и т.д.

1. Понятие о потерях личного состава войск. Определение и классификация санитарных потерь.

Все потери в личном составе, возникшие в войсках во время войны принято называть общими потерями. Они подразделяются на потери безвозвратные и санитарные.

Безвозвратные потери - это потери, которые составляют убитые и без вести пропавшие военнослужащие, а также те, что попали в плен.

К санитарным потерям относят лиц, утративших боеспособность (трудоспособность) не менее чем на одни сутки и поступили на медицинские пункты или в лечебные учреждения, где заполняются первичные медицинские карточки. В зависимости от причин, санитарные потери условно разделяют на боевые и не боевые.

Боевые санитарные потери - это потери в результате действия боевых средств противника или непосредственно связанные с выполнением боевой задачи. К боевым санитарным потерям относят также военнослужащих, которые получили во время боевых действий отморожения. По этиопатогенетическим признакам боевые санитарные потери подразделяются на 6 классов:

I - механические повреждения;

II - термические повреждения;

III - радиационные повреждения;

IV- повреждения ОВ;

V - повреждения БЗ;

VI - реактивные состояния от применения оружия массового поражения. Каждый класс делится на группы.

К не боевым санитарным потерям относят военнослужащих, заболевших от причин, не связанных с использованием противником боевых средств, а также те из них, которые получили небоевую травму. Эта группа объединяет 22 класса, учитывающих этиологию или системный характер заболеваний. Нужно иметь в виду, что принятая этиопатогенетическая классификация общих и санитарных потерь в определенной мере является условной.

Для оперативных целей пользуются классификациями (группировками) санитарных потерь:

- по их тяжести (легкораненые, средней тяжести, тяжелораненые больные. К легкораненым относят раненых, сохранивших способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию и не получили повреждений органа зрения, крупных кровеносных сосудов и нервов, костей, внутренних органов. В современной войне они могут составлять 30-40%. К раненым средней тяжести относят раненых, имеющих повреждения туловища и конечностей, заболевания внутренних органов при отсутствии угрозы для жизни, но требуют длительных сроков лечения не менее, чем два месяца. Они могут составлять 35-40%. К тяжелораненым относят раненых с повреждениями жизненно важных органов черепа, позвоночника, органов грудной и брюшной полостей, крупных кровеносных сосудов, нервных стволов, костей при наличии угрозы для жизни или нарушением функции всего организма. Они могут составлять около 25-30%.

-по потребности в медицинской помощи (требующие неотложной квалифицированной, специализированной медицинской помощи хирургического, терапевтического профиля и т.д.);

- по необходимости и возможности в эвакуации (требующие эвакуации авиатранспортом, автосанитарным транспортом, транспортом общего назначения, могут быть эвакуированы в положении: лежа, сидя, нетранспортабельны);

- по ориентировочным срокам лечения, и другим лечебно-эвакуационным признакам. Такая комплексная оценка раненых и больных соответственно с указанными параметрами носит название лечебно-эвакуационной характеристики.

2. Понятие о величине санитарных потерь, факторы, влияющие на их размеры.

Под величиной понимают - размеры санитарных потерь в абсолютных числах. В случае применения противником оружия массового поражения начальник медицинской службы принимает все возможные меры по уточнению размеров санитарных потерь и на основании этих данных определяет примерную потребность в силах и средствах медицинской службы, которые необходимы для организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий.

В современных условиях величина и структура санитарных потерь будет зависеть от характера и напряженности боевых действий; масштабов и условий использования сторонами различных видов оружия; плотности и степени защиты войск; климатогеографических особенностей местности и т.д.. В связи с этим для правильного определения величины и структуры санитарных потерь, необходимо всесторонне проанализировать обстановку в каждом конкретном случае.

Решительное влияние будет оказано ракетно-ядерным оружием в случае ее использования. Совершенствование средств авиационного и космического нападения, значительное повышение надежности и точности пораже-

ния объектов за счет использования многозарядных самонаводящихся боеголовок приведут к значительному росту величины санитарных потерь. Значительных размеров могут приобрести санитарные потери в случае применения противником химического оружия. При этом в структуре потерь будут преобладать поражения фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ). Санитарные потери от химического оружия, в случае ее использования, будут отличаться очаговостью и одновременностью возникновения, значительным колебанием количества пораженных в зависимости от степени защиты войск, тяжести поражения.

Существенно вырастут по сравнению с прошлыми войнами, потери от обычных видов оружия. При этом увеличится удельный вес тяжелых и крайне тяжелых ранений, ожогов, особенно напалмовых, возрастет численность переломов, поражений внутренних органов и т.д. Среди раненых и больных появится категория крайне тяжелых, или и безнадежных в прогностическом отношении. Особое значение получит фактор взаимного увеличения тяжести раненых при множественных и прежде всего комбинированных поражениях. Необходимо обязательно учесть большое психологическое воздействие на личный состав использованием противником современных видов вооруженной борьбы. В связи с указанным, в структуре санитарных потерь значительное место займут так называемые психологические потери, под которыми понимают личный состав, который остался в строю, однако потерял боеспособность вследствие действия сильных психотравмирующих факторов. От быстрого вывода именно этих лиц из состояния нервно-психического шока, в значительной степени будут зависеть сроки восстановления боеспособности частей и соединений, пострадавших от ядерных, химических и напалмовых ударов противника. Таким образом, санитарные потери войск в условиях современной войны будут отличаться внушительными размерами, сложностью и разнообразием структуры, тяжестью поражения.

3. Понятие о структуре санитарных потерь, ее зависимость от оружия, которое используется в бою.

Структура санитарных потерь - это процентное соотношение различных категорий раненых и больных от общего количества санитарных потерь, всех или отдельных видов оружия.

Развитие современных видов обычного оружия закономерно приведет и к изменениям величины и структуры санитарных потерь, а также к изменению лечебно-эвакуационной характеристики контингентов раненых и больных, которые будут поступать на этапы медицинской эвакуации. Все эти изменения характеризуются, с одной стороны, увеличением доли безвозвратных потерь, а с другой - резким увеличением санитарных потерь. Таким образом, для современного обычного оружия характерно появление очагов массового поражения, которые приближаются по своим масштабам к таким, которые характерны при применении ядерных боеприпасов.

В структуре санитарных потерь, раненые хирургического профиля могут составить до 91,9%, терапевтического – до 8,2%. В неотложных мероприятиях первой врачебной помощи нуждаются до 15,9% раненых хирургического профиля, а в полном объеме - до 40%. В неотложных мероприятиях квалифицированной хирургической помощи нуждается до 21% раненых, из которых оперативные вмешательства составляют - 7,2%, противошоковая терапия - до 13%. В полном объеме квалифицированной хирургической помощи нуждаются около 48% раненых, среди которых 31,3% - показания к операции.

В структуре санитарных потерь от современных видов оружия в 45-50% раненых будут иметь место множественные и сочетанные повреждения, что значительно затрудняет диагностику и медицинскую сортировку на этапах медицинской эвакуации. Значительно увеличивается частота и тяжесть травматического и ожогового шока, что в свою очередь, увеличивает число сложных оперативных вмешательств и их продолжительность (лапаро- и торакотомия - до 2-2,5 часов, первичная хирургическая обработка ран крупных сегментов конечностей - до 1,5 часа). Опыт медицинского обеспечения войск 40 армии в ДРА показывает, что для выведения из состояния травма-

тического шока одного раненого необходимо до 6-8 часов, а с ожогового шока при проведении интенсивных противошоковых мероприятий в течение первых 48 часов могут быть выведены только 50% обожженных и только в срок от 48 до 72 часов

Санитарные потери зависят от характера боевых действий, роли и места полка (дивизии) в оперативном построении армейского корпуса, значимости боевой задачи, напряженности боя, масштабов применения противником оружия массового поражения, высокоточного оружия, боеприпасов объемного взрыва и общих смесей, плотности размещения войск на местности, степени инженерного оборудования местности, характера обороны противника и многих других факторов.

1. Виды и объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации.

В процессе проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках предусматривается предоставление следующих видов медицинской помощи: первая медицинская помощь, доврачебная (фельдшерская) помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная медицинская помощь и специализированная медицинская помощь.

Существует два понятия, которые определяют содержание лечебно-профилактических мероприятий при оказании медицинской помощи раненым и больным - вид медицинской помощи и объем медицинской помощи.

Под видом медицинской помощи понимают определенный перечень лечебно-профилактических мероприятий, проводимых при ранениях и заболеваниях личного состава войск медицинской службой на поле боя, в очагах массовых санитарных потерь и на этапах медицинской эвакуации. Конкретный вид медицинской помощи определяется местом оказания, подготовкой лиц, предоставляющих ее, и наличием необходимого оборудования.

Раненым и больным предоставляются следующие виды медицинской помощи:

1) первая медицинская помощь оказывается непосредственно на месте ранения (поражения) или в ближайшем укрытии самими военнослужащими в порядке само и взаимопомощи, стрелками-санитарами, санитарями, водителями-санитарами и санитарными инструкторами подразделений, а также личным составом подразделений, выделяемых для спасательных работ в очагах массовых поражений.

2) доврачебная (фельдшерская) помощь оказывается фельдшерами батальонов в непосредственной близости от места ранения на медицинских пунктах батальонов, возглавляемых фельдшерами (при массовых санитарных потерях и на медицинском пункте полка).

3) первая врачебная помощь оказывается врачами общей практики на медицинских пунктах полков, а также на медицинских пунктах батальонов (дивизий), которые возглавляют врачи (часто в отдельном медицинском батальоне или в отдельном медицинском отряде).

4) квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами хирургами и терапевтами в отдельных медицинских батальонах (ротах) дивизий, отдельных медицинских отрядах, а также в медицинских ротах бригад и некоторых лечебных учреждениях фронта.

5) специализированная медицинская помощь и лечение предоставляется врачами-специалистами в госпитальных базах фронта и в тыловых госпиталях Министерства здравоохранения Украины.

Объем медицинской помощи - это совокупность лечебно-профилактических мероприятий, проводимых раненым и больным данным этапе медицинской эвакуации. Объем медицинской помощи и сроки лечения раненых и больных зависят от условий боевой, тыловой и медицинской обстановки и устанавливаются: для отдельного медицинского батальона (отдельного медицинского отряда) - начальником медицинской службы армии (корпуса); для медицинского пункта полка - начальником медицинской службы дивизии.

2. Мероприятия первой медицинской помощи направлены на временное устранение причин, угрожающих жизни раненого (больного) в данный момент и предупреждения развития тяжелых осложнений. Она включает следующие мероприятия:

- Извлечения раненых из боевых машин, труднодоступных мест, очагов пожаров из-под завалов;
- Тушение горящей одежды и зажигательных смесей, попавших на тело;
- Надевание противогаза при нахождении на зараженной местности;
- Временную остановку наружного кровотечения;
- Введение антидотов больным, поражённым отравляющими веществами;
- Устранение асфиксии путем освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови и возможных инородных тел, фиксирования языка при его западании, введение воздуховода;
- введение обезболивающих средств с помощью шприца-тубика;
- наложение асептической повязки на рану или ожоговую поверхность, а при открытом пневмотораксе - окклюзионной повязки с использованием прорезиненной обложки индивидуального перевязочного пакета;
- иммобилизацию поврежденных участков простыми способами с использованием табельных и подручных средств;
- частичную санитарную обработку открытых участков кожи и дегазацию одежды, прилегающей к этим участкам содержанием индивидуального противохимического пакета;
- выдачу антибиотиков, противорвотных и других лекарственных средств.

При оказании первой медицинской помощи в первую очередь используются индивидуальный перевязочный (противохимический) пакет раненого, средства с его индивидуальной аптечки и только после этого - индивидуальные средства того, кто оказывает помощь и содержимое сумки медицинской военной и сумки санитаря.

3. Мероприятия доврачебной помощи - предоставляются в целях борьбы с опасными для жизни последствиями ранения (заболевания) и предупре-

ждения тяжелых осложнений. В дополнение к первой медицинской помощи она включает:

- устранение асфиксии (введение воздуховода, проведение искусственной вентиляции легких с помощью портативных аппаратов, ингаляцию кислорода и т.д.);
- контроль над правильностью и целесообразностью наложения жгута, наложение жгута при кровотечении, которое продолжается;
- наложение и исправление неправильно наложенных повязок;
- повторное введение обезболивающих средств, антидотов по показаниям, дачу антибиотиков;
- улучшение транспортной иммобилизации с помощью табельных и подручных средств;
- введение сердечнососудистых и других лекарственных средств по показаниям;
- повторную частичную санитарную обработку открытых участков кожи и дегазацию одежды, прилегающей к этим участкам кожи;
- согревание раненых и больных, выдачу горячего чая (за исключением раненым в живот).

4. Мероприятия первой врачебной помощи предоставляются с целью устранения или ослабления последствий ранений (заболеваний), угрожающих жизни раненых и больных, предупреждение развития осложнений или уменьшения их тяжести, а также подготовки тех, отдельных раненых, к дальнейшей эвакуации.

Мероприятия первой врачебной помощи по срочности их выполнения делятся на две группы: 1) неотложные меры; 2) меры, выполнение которых может быть отложено.

Неотложные мероприятия проводятся при состояниях, угрожающих жизни раненых и больных. Они включают:

- остановку наружного кровотечения (введение тампона в рану с наложением кожных швов, прошивки сосудов в ране, наложение зажима на кро-

воточающий сосуд, контроль над правильностью и целесообразностью наложения жгута и наложение жгута при наличии показаний);

- устранение острой дыхательной недостаточности (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей, введение воздуховода, прошивка языка, отсечка или подшивка свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки, искусственная вентиляция легких, ингаляция кислорода, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, ингаляция паров этилового спирта при отеке легких, пункция или торакоцентез при напряженном пневмотораксе);

- переливание крови и кровезаменителей при тяжелом шоке и значительной кровопотере;

- новокаиновые блокады и введение обезболивающих средств при тяжелом шоке;

- транспортную иммобилизацию (или ее улучшение) при переломах костей и больших повреждениях мягких тканей, угрожающих развитием опасных для жизни осложнений; наложения стандартной транспортной пращевидной шины при переломах челюстей;

- отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей ("транспортная ампутация");

- катетеризацию или капиллярную пункцию мочевого пузыря при задержке мочеиспускания; частичную санитарную обработку открытых участков кожи, дегазацию повязок и одежды; смену одежды, зараженного стойкими отравляющими веществами; снятие противогаза с тяжелораненых и тяжелообольных;

- промывание глаз при поражении ядовитыми веществами кожно-нарывного действия с последующим введением в конъюнктивальный мешочек специальных глазных мазей;

- введение по показаниям антидотов, антибиотиков, противосудорожных, бронхо-расширяющих, противорвотных, сердечно-сосудистых, десенсибилизирующих и других средств;

- использование антитоксической сыворотки при отравлениях бактериальными токсинами и проведения неспецифической профилактики при поражении бактериологическим (биологическим) оружием;

- промывание желудка с помощью зонда при попадании ядовитых веществ в желудок и выдачу адсорбента.

К мерам первой врачебной помощи, которые могут быть отложены, относятся:

- исправление повязок и улучшение транспортной иммобилизации;
- проведение новокаиновых блокад и введение обезболивающих средств при повреждениях средней тяжести;

- дегазация раны при заражении стойкими отравляющими веществами;
- инъекции антибиотиков и профилактика столбняка при открытых травмах и ожогах;

- проведение дезинтоксикационной терапии и использования антибиотиков при радиационных и химических поражениях;

- смена повязок при загрязнении раны радиоактивными веществами;
- назначение симптоматических медикаментозных средств.

Полный объем первой врачебной помощи включает неотложные мероприятия и мероприятия, проведение которых может быть отложено. Сокращение объема первой врачебной помощи осуществляется за счет мер второй группы.

5. Мероприятия квалифицированной хирургической медицинской помощи. По срокам выполнения эти меры делятся на две группы: неотложные и мероприятия, выполнение которых может быть вынужденно отложено.

Неотложные мероприятия квалифицированной хирургической помощи включают:

- Устранение асфиксии и восстановление адекватного дыхания;
- Конечную остановку внутреннего и наружного кровотечения;
- Комплексную терапию острой кровопотери, шока, травматического токсикоза;

- Некротомию при глубоких циркулярных ожогах груди и конечностей, которые вызывают расстройства дыхания и кровообращения;

- Лечение анаэробной инфекции;

- Хирургическую обработку и ушивание ран при широко открытом пневмотораксе, не герметизируется окклюзионной повязкой, ранениях сердца, внешнем клапанном пневмотораксе;

- Лапаротомию при ранениях и закрытой травме живота с повреждением внутренних органов, при внутрибрюшинном повреждении мочевого пузыря и прямой кишки;

- Декомпрессионную трепанацию черепа при ранениях и повреждениях, сопровождающихся сжатием головного мозга.

Мероприятия квалифицированной хирургической помощи, выполнение которых может быть вынужденно отложено с целью их более четкой и строгой регламентации подразделяются на две подгруппы.

Первая подгруппа включает мероприятия, отсрочка которых, как правило, будет приводить к тяжелым осложнениям:

- ампутацию при отрывах, раздавливания и ишемическом некрозе конечностей;
- наложение надлобковых свищей при повреждении уретры и противоестественного заднего прохода при забрюшинных повреждениях прямой кишки;
- хирургическую обработку ран зараженных отравляющими веществами, а также ран со значительными разрушениями мягких тканей.

Вторая подгруппа включает мероприятия, отсрочка которых не исключает развития тяжелых осложнений, но опасность их возникновения может быть уменьшена при употреблении антибиотиков и других средств. К мерам этой подгруппы относятся:

- первичная хирургическая обработка ран (за исключением тех, которые включены в предыдущей подгруппы и ран, которые не подлежат хирургической обработке);

- некротомия при глубоких циркулярных ожогах груди и конечностей, которые не вызывают расстройств дыхания и кровообращения; туалет сильно загрязненных ожоговых поверхностей;
- наложение пластинчатых швов при лоскутных ранениях лица;
- лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти с дефектом.

б. Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи. По срокам исполнения они также делятся на неотложные и мероприятия, выполнение которых может быть вынужденно отложено.

Неотложные мероприятия квалифицированной терапевтической помощи включают:

- санитарную обработку раненых и больных при заражениях ядовитыми веществами;
- введение антидотов и противоботулинической сыворотки;
- комплексную терапию сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений сердечного ритма;
- комплексную терапию острой дыхательной недостаточности;
- дегидратационную терапию при отеке головного мозга;
- коррекцию грубых нарушений кислотно-щелочного состояния и электролитного баланса;
- комплекс мероприятий при попадании внутрь ядовитых веществ и других ядовитых средств;
- введение обезболивающих, десенсибилизирующих, противорвотных, противосудорожных и бронхолитических средств;
- употребление транквилизаторов и нейролептиков при острых реактивных состояниях;
- назначение средств против зуда при распространенных ипритных дерматозах.

Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи, выполнение которых может быть отложено, включают:

- введение (дачу) антибиотиков и сульфаниламидов с профилактической целью;
- гемотрансфузии с заменяемой целью (при умеренной анемизации);
- использование симптоматических медикаментозных средств.

7. *Понятие об этапе медицинской эвакуации.* Задачи, которые он выполняет.

Медицинская помощь раненым и больным (кроме первой и доврачебной) и их лечение осуществляется на медицинских пунктах и в лечебных учреждениях которые развертываются на путях эвакуации и размещенных от фронта в тыл в определенной последовательности. Медицинские пункты и лечебные учреждения получили обобщающее название этапов медицинской эвакуации.

Этап медицинской эвакуации - это силы и средства медицинской службы (медицинские пункты и лечебные учреждения), что развернутые на путях медицинской эвакуации для приема, сортировки раненых и больных, оказание им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации тех из них, кто в этом нуждается.

В современной системе лечебно-эвакуационных мероприятий основными этапами медицинской эвакуации являются: медицинский пункт полка, отдельный медицинский батальон дивизии, отдельный медицинский отряд армии (фронта), лечебные учреждения госпитальной базы фронта, тыловые госпитали Министерства здравоохранения.

К числу этапов медицинской эвакуации может быть занесен МПБ, если он развертывается и работает на месте (например, в обороне). Каждому этапу медицинской эвакуации характерен определенный (типичный) вид медицинской помощи (в медицинском пункте полка - первая врачебная помощь, в отдельном медицинском батальоне и отдельном медицинском отряде - квалифицированное медицинское пособие, в госпитальной базе фронта - специализированная медицинская помощь).

Всем этапам медицинской эвакуации присущи определенные особенности в организации работы, которые зависят от их задач и места в общей системе лечебно-эвакуационных мероприятий, а также от боевой, тыловой и медицинской обстановки. Однако, в составе каждого этапа медицинской эвакуации, как правило, развернут ряд типичных функциональных подразделений, которые выполняют следующие, общие для каждого из них задачи: прием, регистрацию, медицинскую сортировку раненых и больных, поступающих; проведение по показаниям санитарную обработку раненых и больных, дезинфекции, дезактивации и дегазации их одежды и орудия; предоставление раненым и больным медицинской помощи; стационарное лечение раненых и больных (начиная с отдельного медицинского батальона, отдельного медицинского отряда); подготовку к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению на последующих этапах; изоляцию инфекционных больных.

8. *Основные функциональные подразделения*, которые разворачиваются на этапе медицинской эвакуации, основные требования к районам размещения ЭМЭ.

Однако, в составе каждого этапа медицинской эвакуации, как правило, разворачивается ряд типичных функциональных подразделений, которые выполняют следующие, общие для каждого из них задачи: прием, регистрацию, медицинскую сортировку раненых и больных, поступающих; проведения по показаниям санитарной обработки раненых и больных, дезинфекции, дезактивации и дегазации их одежды и орудия; предоставление раненым и больным медицинской помощи; стационарное лечение раненых и больных (начиная с отдельного медицинского батальона, отдельного медицинского отряда); подготовку к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению на последующих этапах; изоляцию инфекционных больных.

Для приема и сортировки раненых и больных, предназначены сортировочно-эвакуационные (в медицинском пункте полка, в отдельном медицинском батальоне, в отдельном медицинском отряде) или приемно-

сортировочные (в лечебных учреждениях госпитальной базы) отделения. Если в соответствии с установленным объемом медицинской помощи часть раненых будет эвакуирована дальше в тыл непосредственно после сортировки, без использования их в другие функциональные подразделения отдельного медицинского батальона (отдельного медицинского отряда), они размещаются и готовятся к эвакуации в эвакуационных палатках сортировочно-эвакуационного отделения. С лечебных учреждений эвакуация раненых и больных ведется, как правило, непосредственно с госпитальных (лечебных) отделений.

Частичная или полная санитарная обработка раненых и больных, частичная дегазация и дезактивация, дезинфекция их одежды, а также санитарного транспорта и носилок осуществляется в отделении (на площадке) специальной обработки.

Оказание медицинской помощи раненым и больным в объеме присущие данному этапу медицинской эвакуации, осуществляется в перевязочной медицинском пункте полка, операционно-перевязочном или госпитальном отделениях отдельного медицинского батальона (отдельного медицинского отряда), в операционных, перевязочных, процедурных различных госпиталей.

Для госпитализации и лечения раненых и больных назначается госпитальное отделение.

Для изоляции инфекционных больных разворачивается изолятор.

В составе этапов медицинской эвакуации предусматриваются подразделения, осуществляющие руководство их работой и материально-техническое обеспечение - управление (штаб), аптека, лаборатория, кухня, склады и др.

Места (районы) для развертывания медицинских пунктов и лечебных учреждений выбираются с учетом конкретных условий (характера боевых задач войск, их построения, организации тыла, наличия и качества путей, радиационной и химической обстановки, наличия источников доброкачествен-

ной воды, санитарно-эпидемического состояния района, возможности использования местных средств для защиты и маскировки).

Однако во всех случаях следует пытаться разворачивать медицинские пункты и лечебные учреждения вблизи дорог подвоза и эвакуации; по возможности в стороне от объектов, которые могут привлечь внимание противника; в районах, где обеспечивается выгодное размещение функциональных подразделений, их достаточную защиту и маскировку, а также возможность организации наземной охраны и обороны.

Этапы медицинской эвакуации должны быть постоянно готовыми к работе в различных условиях, к быстрой смене местоположения, к одновременному приему большого количества раненых и больных, в том числе и непосредственно из ячеек массового поражения.

Районы, сроки развертывания и порядок перемещения отдельного медицинского батальона (отдельного медицинского отряда), медицинского пункта полка определяется начальником медицинской службы дивизии (полка) в соответствии с указаниями командира дивизии (командира полка).

9. Определение понятия "медицинская сортировка", его задачи. Группы раненых, выделяемых при проведении сортировки.

Основой организации лечебно-эвакуационных мероприятий является медицинская сортировка. Медицинская сортировка раненых и больных является важнейшим мероприятием, обеспечивающим четкую организацию работы этапов медицинской эвакуации по оказанию медицинской помощи раненым и больным. Особенно возрастает ее значение при массовом поступлении раненых и больных.

Медицинская сортировка - это распределение раненых и больных на группы по признакам потребности в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, объемом оказанной медицинской помощи и принятым порядком эвакуации.

Сортировка раненых и больных проводится на каждом этапе медицинской эвакуации и осуществляется во всех его функциональных подразделениях.

Содержание сортировки зависит от задач, которые возлагаются на те или иные функциональные подразделения и этапы медицинской эвакуации в целом, а также от условий боевой и медицинской обстановки.

Цель медицинской сортировки - обеспечить раненых и больных своевременным проведением лечебно-профилактических мероприятий и последующую их эвакуацию.

Задача медицинской сортировки: определить характер поражения; установить очередность, место (функциональное подразделение) предоставление раненым (больным) медицинской помощи (лечение); определить порядок эвакуации раненых и больных: куда эвакуировать, в какую очередь, на каком транспорте, в каком положении.

Медицинская сортировка, как правило, осуществляется на основе выяснения диагноза поражения (заболевания, его прогноза и поэтому всегда носит диагностический и прогностический характер.

В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки раненых и больных, различают два его вида: внутripунктовая и эвакуационно-транспортная сортировки.

Внутripунктовая сортировка имеет цель распределить раненых и больных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установить очередность их направления в эти подразделения. Эвакуационно-транспортная сортировка проводится с целью распределения раненых и больных на группы в соответствии с направлением, очередностью, способами и средствами дальнейшей их эвакуации.

При проведении медицинской сортировки раненые и больные распределяются на группы:

- исходя из потребности в санитарной обработке и необходимости изоляции;

- исходя из потребности в медицинской помощи, места и очередности ее предоставления;
- исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, вида транспортных средств, используемых для эвакуации, очередности и способа транспортировки, эвакуационного назначения (начиная с отдельного медицинского батальона, отдельного медицинского отряда).

Медицинская сортировка проводится сортировочными бригадами в составе врача, двух медицинских сестер (фельдшеров), двух регистраторов и одной - двух звеньев санитаров-носильщиков.

Результаты медицинской сортировки фиксируются при помощи специальных сортировочных марок, а также в первичной медицинской карте, истории болезни.

10. Определение понятия «медицинская эвакуация», порядок ее проведения. Санитарно-транспортные средства, используемые для эвакуации пораженных и больных.

Медицинская эвакуация - это совокупность мероприятий по доставке раненых и больных в медицинские пункты и в лечебные учреждения с целью своевременного и полного предоставления им медицинской помощи и лечения. Путь, по которому осуществляется вынос и транспортировка раненых и больных в тыл, носит название путь медицинской эвакуации. Как правило, пути медицинской эвакуации должны соответствовать путям подвоза войскам различных материальных средств. Совокупность путей медицинской эвакуации, развернутых на них этапов медицинской эвакуации, а также санитарно-транспортных средств, обеспечивающих группировки войск, получило название эвакуационного направления.

Для эвакуации раненых и больных применяются различные санитарно-транспортные средства. Во всех случаях для эвакуации раненых и больных следует использовать доступные в конкретной обстановке наиболее щадящие и быстроходные средства медицинской эвакуации. Наибольшими трудностями является эвакуация раненых с поля боя, которая осуществляется с помо-

щью различных транспортных средств и путем вынесения. Вынос раненых осуществляется личным составом подразделений сбора и эвакуации, а также военнослужащими, которые выделяются для этой цели распоряжением командиров частей и подразделений. Для вывоза раненых с поля боя используются санитарные транспортеры медицинских пунктов батальонов, подразделений сбора и эвакуации медицинских пунктов полков и отдельного медицинского батальона, а также бронетранспортеры и боевые машины пехоты, может значительно облегчить организацию эвакуации под огнем противника.

Дальнейшая эвакуация раненых и больных осуществляется на автомобильном санитарном транспорте, в настоящее время является основным средством медицинской эвакуации от военных подразделений в госпитальные базы. Наряду с этим в современных условиях увеличиваются возможности использования для эвакуации раненых и больных, начиная с отдельных медицинских батальонов и отдельных медицинских отрядов, легких санитарных самолетов и вертолетов, которые не требуют больших взлетно-посадочных полос.

Транспортные средства, используемые для эвакуации раненых и больных:

Транспортер колесный ЛУАЗ-967М

Транспортер малогабаритный гусеничный бронированный ГТ-МУ

Транспортер гусеничный снегоболотоход ГТ-СМ

Санитарная автомашина УАЗ-452А

Санитарный автобус АС-66

Грузовой автомобиль ГАЗ-66, оборудованный унифицированным санитарным оборудованием

Грузовой автомобиль ЗИЛ-130, оборудованный унифицированным санитарным оборудованием

Эвакуация раненых и больных организуется вышестоящим начальником медицинской службы и осуществляется подчиненными ему транспортными средствами. Например, начальник медицинской службы дивизии

направляет санитарный транспорт отдельного медицинского батальона (отдельного медицинского отряда) на медицинские пункты полков для эвакуации раненых и больных в отдельный медицинский батальон (отдельный медицинский отряд). Такой порядок эвакуации получил название "эвакуация на себя". Не исключена, возможность эвакуации в тыл своими транспортными средствами, то есть «от себя». Существует также возможность эвакуации раненых и больных по принципам: "эвакуация на соседа", "эвакуация за собой", "эвакуация через себя". Преимущество эвакуации "на себя" перед другими порядками ее организации состоит в том, что старший начальник медицинской службы, который направляет транспорт вперед, имеет возможность использовать его более эффективно в соответствии с обстановкой, а также лучше им маневрировать.

11. Особенности организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге химического поражения. Необходимо учитывать следующие особенности:

- Одномоментное (при использовании противником быстродействующих ядовитых веществ) или длительное (ядовитые вещества замедленного действия) формирование санитарных потерь в очаге;

- возможность возникновения при определенных условиях комбинированных поражений личного состава;

- возможность вторичных поражений раненых и больных, а также медицинского персонала в результате десорбции ядовитых веществ с зараженной одежды или снаряжения эвакуированных больных;

- необходимость предоставления медицинской помощи по неотложным показаниям большому количеству пораженных в короткие сроки.

Первая медицинская помощь раненым и больным в очагах ядерного и химического поражения предоставляется в порядке само и взаимопомощи, а также личным составом отрядов ликвидации последствий применения противником средств массового поражения. Санитарные инструкторы и фельдшеры из состава этих отрядов непосредственно руководят мероприятиями по

оказанию первой медицинской помощи, оказывают ее наиболее тяжелораненым и тяжелобольным.

Раненых и больных нужно вывозить (выносить) на незараженные участки местности в кратчайшие сроки с соблюдением необходимых мер защиты.

После оказания раненым и больным первой медицинской помощи они эвакуируются на медицинский пункт полка, в отдельный медицинский батальон (отдельный медицинский отряд). В случае невозможности быстрой эвакуации раненых и больных, находящихся на местности с высоким уровнем радиации или зараженной отравляющими веществами, они сначала вывозятся (выносятся) за пределы этой местности, где и ожидают дальнейшей эвакуации.

1.2. КРАТКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ

Военно-полевая терапия как один из важнейших разделов военной медицины получила организационное оформление значительно позже, чем военно-полевая хирургия. Только перед началом Великой Отечественной войны были намечены задачи, определено содержание этой новой дисциплины и проведены организационные мероприятия с целью улучшения терапевтической помощи в действующей армии. Элементы доктрины военно-полевой терапии определились в канун Великой Отечественной войны (1941—1945), а сама система оказания терапевтической помощи больным и раненым сложилась уже в ходе войны. Формирование военно-полевой терапии как самостоятельной дисциплины подготавливалось в течение многих десятилетий лучшими представителями отечественной медицины. В ее становлении и развитии можно выделить четыре этапа.

Первый этап — этап зарождения военно-полевой терапии — длился с начала XIX века до 40-х годов XX века. На протяжении всего XIX столетия многие отечественные врачи обращались к проблеме оказания своевременной помощи больным на театре военных действий. Они изучали заболевае-

мость в войсках, указывали на плохую организацию лечения больных, подчеркивали необходимость улучшения терапевтической помощи заболевшим и повышения в этом аспекте качества подготовки военного врача.

С 1808 года, основоположник отечественной терапии М. Я. Мудров, будучи заведующим кафедрой внутренних болезней в Московском университете, читал специальные курсы «О гигиене и болезнях обыкновенных в действующих войсках» и «Терапия болезней в лагерях и госпиталях наиболее бывающих», а в 1809 году произнес актовую речь «О пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранять здоровье военнослужащих». В этих лекциях и других своих трудах М. Я. Мудров неоднократно подчеркивал важное место военной терапии, или «армейской клиники», среди других разделов военной медицины, обращал внимание командования армии и руководителей медицинской службы на необходимость улучшения лечебно-профилактического обеспечения войск и изменения отношения к врачам.

Благотворные идеи и взгляды М.Я.Мудрова нашли свое воплощение и дальнейшее развитие в трудах военных врачей Я.Говорова, Р.Четыркина, А.Чаруковского и др. Они анализировали заболеваемость в армии, выявляли причины, обуславливающие ее увеличение (моральные и физические трудности походов, климатические условия и т.п.), указывали на необходимость проведения профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предупреждение болезней в войсках. Особого внимания заслуживает книга штаб-лекаря лейб-гвардии егерского полка Акима Чаруковского «Военно-походная медицина» (1837), третья часть которой была озаглавлена «Болезни армии». В ней автор разбирает вопросы патогенеза, клиники, профилактики и лечения заболеваний, наиболее часто встречающихся в армии, подчеркивая, что «солдат как человек, подобно прочим людям, подвержен многоразличным недугам; но как воин он поражается сверх того особенными болезнями, либо и общими всему человеческому роду, но с течением военных обстоятельств значительно измененными». «Лечение болезней армии, — писал далее А.Чаруковский, — есть предохранительное и действительное. Первое

имеет целью удаление болезненных причин, предотвратить самые болезни, а оказавшиеся уже, остановить и подавить их в самом начале, дабы они не распространялись между здоровыми; последнее есть собственно терапевтическое». В разделах, посвященных военно-полевой хирургии, А.Чаруковский впервые обращает внимание на наблюдаемые у раненых заболевания внутренних органов, и в частности печени.

Выдающуюся роль в развитии военной медицины вообще, и военно-полевой терапии в частности, сыграл С. П. Боткин. Он был участником двух войн: Крымской (1853-1856) и русско-турецкой (1877-1878). В 1855 году

С.П.Боткин по получении звания лекаря добровольно отправился в район военных действий и работал в Симферопольском госпитале под руководством Н.И.Пирогова, а в период русско-турецкой войны, будучи врачом штаб-квартиры, фактически являлся главным терапевтом армии. Он принимал активное участие в передислокации госпиталей, умело организовывал оказание терапевтической помощи заболевшим. С.П.Боткин регулярно осматривал больных и раненых в госпиталях и на главных перевязочных пунктах, изучал заболеваемость в войсках, выявлял особенности патологии военного времени, активно боролся с недостатками в организации медицинской помощи пострадавшим, постоянно вел работу по повышению квалификации врачей.

С его именем связано изучение волынской лихорадки, инфекционной желтухи, «траншейной стопы». Свой огромный опыт по организации терапевтической помощи на театре военных действий С. П. Боткин обобщил в книге «Письма из Болгарии», явившейся своеобразным дневником военно-полевого терапевта. Исключительно ценные указания по организации терапевтической помощи в войсках и об особенностях патологии военного времени были сделаны Н. И. Пироговым. Он неоднократно 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 большего индивидуализирования больных со стороны врача, чем наружные повреждения».

Следовательно, на протяжении XIX века у отечественных врачей, как терапевтов, так и хирургов, сформировались четкие представления об особенностях заболеваемости военного времени, обусловленных условиями и характером военного труда. Эти представления были присущи и их последователям — врачам XX века.

Важной вехой в развитии военно-полевой терапии стала первая мировая война (1914-1918). После того как в 1915 году Германское командование применило химическое оружие (хлор), впервые в истории войн возникла проблема оказания не только хирургической, но и терапевтической помощи пораженным боевым оружием. Появилась принципиально новая категория пострадавших — пораженные отравляющими веществами, отличающаяся своеобразием, скоротечностью, тяжестью течения интоксикации, массовым характером поступления пораженных.

Применение химического оружия выявило необходимость срочного изучения патогенеза и клинической картины вызываемых им поражений, внедрения новых гибких и эффективных форм оказания медицинской помощи. В эту работу незамедлительно включились русские врачи В.И.Глинчиков, А.И.Игнатовский, Н.Н.Бурденко, Н.Н.Савицкий и др., они активно изучали механизм развития «газовой болезни» (токсического отека легких), разрабатывали методы ее диагностики, профилактики и лечения, а также организационные формы оказания помощи пораженным. Им принадлежит важная роль в использовании и оценке эффективности применяемых в лечении токсического отека легких: кровопускания, кальция хлорида, кислородной терапии. На основании полученного опыта уже в августе 1915 года А.И.Игнатовский опубликовал три сообщения с описанием клинических проявлений и лечения поражений хлором во «Врачебной газете», а в 1920 го-

ду В.И.Глинчиков издал первую русскую монографию «Удушливые газы и газоотравление».

По окончании гражданской войны началась коренная перестройка военно-медицинской службы. Основой лечебно-профилактической деятельности в войсках становились методы диспансеризации, проводился медицинский контроль за физическим развитием военнослужащих, изучались особенности профессионального труда военнослужащих различных видов войск, развертывались поликлиники, специализированные госпитали и санаторно-курортные учреждения.

В Военно-медицинской академии расширялась научно-исследовательская работа по изучению влияния на организм человека различных условий военного труда и по предупреждению заболеваний среди военнослужащих. В конце 20-х — начале 30-х годов XX века в академии развертываются исследования, направленные на раннее обнаружение изменений показателей функции сердца, почек, системы пищеварения и других органов у военнослужащих. Полученные результаты ложились в основу направляемых в войска инструкций, указаний и методических рекомендаций, руководствуясь которыми войсковые врачи проводили более строгий отбор по состоянию здоровья призываемых на военную службу, а также при определении их профессиональной принадлежности. Все это создавало благоприятные предпосылки для совершенствования системы оказания помощи больным на театрах военных действий. И уже во время военных действий в районе озера Хасан (1938) и на реке Халхин-Гол (1939) в результате своевременного проведения соответствующих профилактических мероприятий не наблюдалось, как в прежние войны, роста заболеваемости, несмотря на тяжелые условия боевой деятельности войск. Вместе с тем опыт работы медицинской службы в этот период выявил необходимость пересмотра ряда положений, касавшихся организации терапевтической помощи в условиях боевой деятельности войск. Главный хирург Красной Армии М. Н. Ахутин, анализируя опыт этих двух операций, писал: «Сейчас для нас совершенно ясно, что в войсковом

районе нам нужны терапевты не столько в качестве помощников хирургов при операциях, сколько прежде всего в качестве полноценных терапевтов — специалистов, умеющих в труднейших условиях стационара ДМП лечить пневмонии у тяжело раненых в живот и в грудь, хорошо знающих уход за тяжело ранеными».

Таким образом возникло еще одно направление военной терапии — висцеральная патология у раненых. В период советско-финляндской войны (1939—1940) особенно остро стал вопрос о необходимости высококвалифицированного руководства терапевтической службой. С этой целью при начальнике медицинской службы фронта было создано консультативное бюро, в которое вошли известные профессора Ленинграда Г. Ф. Ланг, М. И. Аринкин, Д. О. Крылов, П. И. Егоров, Н. С. Молчанов, Н. Н. Савицкий и др. Этому бюро была поручена организация консультаций для терапевтов, работающих на этапах медицинской эвакуации, руководство их деятельностью. Интенсивная работа военных терапевтов, помощь консультативного бюро позволили достигнуть значительных успехов в лечении больных и раненых. Терапевты были привлечены к активному лечению раненых в грудь, у которых весьма часто наблюдались осложнения со стороны внутренних органов. В некоторых терапевтических стационарах, в том числе и в клинике госпитальной терапии Военно-медицинской академии, были организованы отделения для лечения раненых в грудь.

Во фронтовых лечебных учреждениях развертывалась научно-исследовательская работа, результатом которой явилось описание клиники и разработка методов лечения пневмоний у раненых в грудную клетку (Н. С. Молчанов), описание клиники бронхолитов у обмороженных (М. Д. Тушинский). Опыт работы военных терапевтов во время советско-финляндской войны выявил необходимость организационного оформления нового раздела военной медицины — военно-полевой терапии. Выступая на объединенном заседании Московского и Ленинградского терапевтических обществ в мае 1941 года, начальник ГВСУ Красной Армии Е. И. Смирнов сказал: «Давным-

давно стучится в дверь медицинских учреждений нашей страны военно-полевая терапия. Нужно ее пустить, открыть ей двери, познакомиться с ней повнимательнее, поднять ее на щит пропаганды и нести во все уголки Советского Союза, туда, где готовятся молодые врачебные кадры». Он также определил цели и задачи нового раздела военной медицины: изучение специфичности условий труда и быта в действующей армии, установление единых принципов лечения и эвакуации, создание единой школы, единых взглядов на возникновение болезненных процессов и на методы лечения и профилактики их, организацию терапевтической помощи. С этого времени начинается второй этап развития военно-полевой терапии — этап ее становления и оформления, который пришелся на годы Великой Отечественной войны.

Вступая в войну медицинская служба Красной Армии не имела четкой системы оказания терапевтической помощи раненым и больным в условиях крупномасштабных боевых действий, эта система создавалась в ходе начавшейся войны. Уже в августе 1941 г. вводятся штатные должности главных терапевтов фронтов и армий, инспекторов-терапевтов фронтовых и местных эвакуационных пунктов, на которые назначаются ведущие терапевты страны В.Х.Василенко, П.И.Егоров, Н.С.Молчанов, Н.А.Куршаков, С.А.Поспелов, В.М.Новодворский и многие другие. Главным терапевтом Красной Армии назначается профессор М. С. Вовси, главным терапевтом Военно-Морского Флота - профессор А. Л. Мясников. Должности врачей-терапевтов были введены во все медицинские части и учреждения, начиная с войскового района - командир госпитального взвода медико-санитарного батальона, терапевт ХППГ и хирургического эвакуационного госпиталя. В 1942 году создан терапевтический полевой подвижной госпиталь (ТППГ), несколько позже организованы терапевтические эвакуационные госпитали, в которых имелись специализированные отделения - кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое. На высоком уровне было организовано лечение больных в терапевтическом отделении госпиталя для легкораненых, на дивизионных медицинских пунктах. Следовательно, в годы Великой Отечественной войны была создана

стройная система организации терапевтической помощи, обеспечивающая ее квалифицированное оказание в войсковом, армейском и фронтовом тыловых районах. Она базировалась на самых современных для того времени научно-обоснованных положениях, касающихся единых взглядов на этиологию, патогенез, диагностику и клинику заболеваний, единую систему этапного лечения с эвакуацией по назначению. Эта система себя полностью оправдала: 90,6% больных возвратилось в строй, увольнение не превышало 7%, небольшой была летальность. Впервые в истории войн удельный вес инфекционных болезней среди прочих заболеваний оказался относительно невысоким, не происходило и увеличения заболеваемости по мере ведения боевых действий, как это всегда наблюдалось в прошлых войнах.

Несмотря на огромный объем практической лечебно-диагностической работы, с первых месяцев войны на различных фронтах под руководством ведущих терапевтов-клиницистов развернулась научно-исследовательская работа. В короткие сроки была изучена общая заболеваемость на отдельных фронтах и в армии в целом, были выявлены новые для ряда районов или редко встречающиеся в мирное время заболевания, такие как алиментарная дистрофия, авитаминозы, острые формы гипертонической болезни, отмечено учащение в условиях войны одних заболеваний (гастрит, нефрит, гипертоническая болезнь и др.) и урежение других (бронхиальная астма, ревматизм и др.), показано своеобразие проявлений и течений хорошо известных заболеваний (туберкулез, язвенная болезнь).

Практически новым разделом, изученным терапевтами в годы Великой Отечественной войны, были внутренние болезни у раненых. Опыт работы военных терапевтов позволил установить, что нет ранений, которые не сопровождались бы изменениями внутренних органов и систем. Дело лишь в степени, времени и условиях их проявлений. Терапевтами была подробно изучена гнойно-резорбтивная лихорадка, возникавшая у раненых в относительно поздние сроки после травмы, раневое истощение, раневой сепсис с

разнообразными висцеральными поражениями, краш-синдром, пневмонии и др.

Опыт работы терапевтов обобщался на фронтовых и армейских научных конференциях врачей-терапевтов, на пленумах ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ, в медицинских журналах. В годы войны было выпущено два сборника научных работ терапевтов Западного фронта, четыре — Волховского, девять — Ленинградского и т. д.

В послевоенное время был издан многотомный труд «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941 — 1945 гг.». В томах 21-24, 27-30 обобщен большой опыт работы терапевтов в период войны, освещены новые разделы и направления военно-полевой терапии. Этот труд с полной очевидностью показывает, что во время Великой Отечественной войны в Советской Армии организационно оформилась четкая система оказания терапевтической помощи больным и раненым, выражавшаяся в сочетании весьма эффективных профилактических и лечебных мероприятий, в создании специализированных терапевтических лечебных учреждений, в установлении строгого порядка эвакуации по назначению терапевтических больных. Все это свидетельствует о том, что в ходе Великой Отечественной войны военно-полевая терапия окончательно оформилась как один из важнейших разделов военной медицины.

Еще не отгремели выстрелы второй мировой войны в Европе, как над японскими городами Хиросимой и Нагасаки (август 1945 г.) американцы взорвали ядерные боеприпасы, повлекшие большие человеческие жертвы. Эти взрывы ознаменовали появление нового вида боевой травмы — радиационных поражений, которые могли приобрести массовый характер при применении ядерного оружия. В развитых капиталистических государствах (США, Англия, Япония и др.) продолжались разработки высокотоксичных отравляющих веществ и бактериальных средств поражения людей. В этих условиях начался третий этап — этап дальнейшего развития военно-полевой

терапии в условиях реальной возможности использования оружия массового поражения.

Этот период характеризуется глубокими и интенсивными исследованиями в области военно-полевой терапии. Становится совершенно очевидным, что ее роль в условиях современной войны резко повышается по сравнению даже с периодом Великой Отечественной войны: возможное применение средств массового поражения позволяло предполагать, что в такой войне пораженные 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, будут пострадавшие от боевого оружия. В этом контексте военно-полевая терапия становится в один ряд с военно-полевой хирургией.

Эти обстоятельства выявили необходимость тщательного изучения и разработки новых организационных форм оказания терапевтической помощи в условиях современных войн. В послевоенные годы были выполнены работы, направленные на изучение лучевой болезни и поражений высокотоксичными отравляющими веществами (Н. С. Молчанов, Б. Д. Ивановский, Н. А. Куршаков), выработано единство взглядов на терапевтическую патологию военного времени, разработаны принципы организации терапевтической помощи в условиях современной войны (Н. С. Молчанов, А. С. Георгиевский, Н. Г. Иванов, О. С. Лобастов и др.). Получила дальнейшее развитие организационно-штатная структура лечебных учреждений в соответствии с характером современной боевой терапевтической патологии. Были созданы принципиально новые госпитали — военно-полевой терапевтический (ВПТГ) и военно-полевой многопрофильный (ВППГ), в которых терапевты получили возможность на высоком уровне осуществлять проведение лечебно-диагностических мероприятий, главным образом, у пострадавших от оружия массового поражения.

Появление нового вида санитарных потерь терапевтического профиля, определенного как боевая терапевтическая патология, изменение организационных форм оказания терапевтической помощи пострадавшим от боевого оружия выявили необходимость корректировки системы подготовки как руководящего состава медицинской службы Вооруженных Сил, так и военных и гражданских врачей. С 1946 года вводится систематический курс военно-полевой терапии (с 1943 года краткий курс военно-полевой терапии читался лишь на командно-медицинском факультете), а с 1947 года распоряжением Министерства здравоохранения СССР она преподается и студентам гражданских медицинских вузов. С конца 80-х — начала 90-х годов XX века начинается четвертый — современный период развития военно-полевой терапии. Он ознаменовался ростом технических аварий, главной из которых явилась авария на Чернобыльской АЭС, по масштабам и экологическим последствиям превзошедшая последствия ядерных бомбардировок японских городов. В это же время происходит и коренное изменение военной доктрины, связанное прежде всего с уменьшением потенциальной возможности развязывания войны с применением оружия массового поражения, нарастанием конфронтации между отдельными странами и целыми регионами, приводящей к возникновению локальных конфликтов. Важной проблемой этого периода является необходимость уничтожения огромных запасов химического оружия, утилизации ядерных отходов с отслуживших свой срок атомных подводных лодок, электростанций и др.

Исходя из этого, традиционные теоретические и научно-практические направления военно-полевой терапии требуют определенного уточнения и развития. Так, в условиях локальных войн, возникновения катастроф и аварий необходимой задачей является разработка системы оказания терапевтической помощи с учетом регионального и территориального принципов, учитывающих наличие возможных источников аварий и катастроф, локализацию в конкретном регионе лечебных учреждений, реальность создания штатных и нештатных мобильных групп оказания

помощи в очагах поражения, возможные пути эвакуации.

В случаях возникновения острых поражений при организации медицинского сопровождения химического и ядерного разоружения потребуются сокращение этапности терапевтической помощи и приближение ее к очагу санитарных потерь.

Важной задачей военно-полевой терапии на современном этапе является разработка методов диагностики, профилактики и коррекции военно-профессиональных заболеваний, связанных с воздействием на организм военнослужащего малых доз агентов химического и физического происхождения. Еще большее значение, чем в годы Великой Отечественной войны, приобретает проблема висцеральной патологии у раненых, что связано с ростом удельного веса боевых травм, возникающих в результате взрывных поражений. В связи с этим становится актуальной разработка, совершенствование и внедрение в практику методов ранней диагностики повреждений внутренних органов (сотрясения, ушибы сердца, посттравматическая миокардиодистрофия, реактивный перикардит, ушиб легкого и др.) и их лечение.

Следует, однако, отметить, что вновь появившиеся задачи не делают менее актуальными традиционные направления научно-практических исследований, связанных с разработкой новых методов диагностики и лечения острых поражений ионизирующими излучениями и боевыми отравляющими веществами, изучением особенностей течения соматических заболеваний терапевтического профиля в военное время.

Таким образом, военно-полевая терапия, как научно-практическая военно-медицинская дисциплина, продолжает динамично развиваться, что способствует решению главной задачи медицинской службы — сохранение здоровья военнослужащих и повышение эффективности лечебно-эвакуационных мероприятий больным и пораженным терапевтического профиля.

1.3. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ АРМИИ

Созданная в период Великой Отечественной войны (1941-1945). стройная система оказания терапевтической помощи сыграла, как известно, важную роль в улучшении результатов лечения больных и раненых и обеспечила возврат в строй ,90,6% больных и 72,3% раненых. Рассматривая принципы организации терапевтической помощи в условиях современной войны, следует руководствоваться основополагающими концептуальными установками, регламентирующими деятельность военно-медицинской службы. К ним в первую очередь относятся представления о величине и структуре санитарных потерь терапевтического профиля, зависящих от таких факторов, как поражающие свойства средств ведения войны, состояние здоровья и уровень заболеваемости личного состава, климатогеографические условия театра боевых действий, санитарно-эпидемиологическое состояние региона и др.

Наличие в военных арсеналах ряда стран запасов ядерного, химического и других видов оружия массового поражения, стремление других стран к обладанию этим оружием не позволяют сегодня полностью исключить возможность применения некоторых видов данного оружия в боевых действиях, в том числе в локальных войнах и вооруженных конфликтах. Наряду с этим необходимо учитывать, что применение современных видов обычного оружия (высокоточное, лазерное, боеприпасы объемного взрыва, зажигательные смеси) приведет к возрастанию уровня санитарных потерь терапевтического профиля за счет увеличения количества закрытых повреждений головного мозга и внутренних органов, химических и термических поражений при объемных взрывах и пожарах, возрастания числа реактивных состояний.

Кроме этого необходимо иметь в виду, что при применении обычного оружия, а также в результате диверсионных акций возможно разрушение объектов ядерной энергетики, химических предприятий и транспортных емкостей, содержащих токсичные химические вещества (ТХВ), с возникновением массовых поражений личного состава, загрязнением значительных территорий радионуклидами и стойкими химическими веществами как в зоне боевых действий, так и в тыловых районах.

Таким образом, в условиях современной войны сохраняется актуальность боевой терапевтической патологии, ее существенная роль в структуре санитарных потерь, в связи с чем возрастает значение организации терапевтической помощи больным и пораженным в действующей армии.

1.3.1. Характеристика боевой терапевтической патологии

Среди особенностей санитарных потерь терапевтического профиля в современных условиях необходимо отметить, с одной стороны, их возрастание, а с другой — преобладание боевых форм поражений (острая лучевая болезнь, поражения отравляющими веществами и бактериологическим оружием), т. е. боевой терапевтической патологии. Соматические заболевания будут возникать приблизительно с такой же частотой, как в период ВОВ и в последующих локальных войнах. Наряду с этим, систематического участия терапевтов потребуют диагностика и лечение соматических заболеваний у раненых и обожженных.

В структуре боевой терапевтической патологии наибольший удельный вес составят острая лучевая болезнь и поражения ФОБ. Значительная часть санитарных потерь будет приходиться на пораженных с острыми реактивными состояниями вследствие психотравмирующего воздействия оружия массового поражения. При проведении боевых действий на территории с крупными промышленными комплексами возможно возникновение большого числа отравленных высокотоксичными ядохимикатами, техническими жидкостями, компонентами ракетных топлив, ядовитыми дымами и монооксидом углерода. Возможно появление малоизвестных форм боевой терапевтической патологии в результате применения противником новых средств поражения (лазерное, новые разновидности бактериологического оружия как результат генной инженерии с микроорганизмами и др.).

К особенностям современной боевой терапевтической патологии следует отнести:

- одномоментность возникновения большого количества санитарных потерь терапевтического профиля в действующей армии и в тылу страны;
- опасность для окружающих некоторых форм поражений;
- комбинированный характер поражений (лучевая болезнь, поражения отравляющими веществами, токсинами в сочетании с хирургической патологией);
- преобладание тяжелых поражений, быстрое прогрессирование тяжести некоторых поражений;
- нуждаемость большого числа пораженных и больных в неотложной помощи, в том числе в восстановлении утраченных или поддержании нарушенных жизненно важных функций, т. е. в проведении мероприятий реанимации и интенсивной терапии. Среди пораженных ионизирующими излучениями в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи нуждается половина, а среди пораженных ФОВ и ботулотоксином — более двух третей, причем в последних двух группах поражений эта помощь должна быть оказана в первые два часа;
- частое возникновение ранних и поздних осложнений, угрожающих жизни;
- нуждаемость в длительном госпитальном лечении значительного числа пораженных;
- недостаточная изученность патогенеза, клиники, диагностики и методов лечения основных видов боевой терапевтической патологии в связи с отсутствием ее в условиях мирного времени.

Изменение характера боевой терапевтической патологии привело к необходимости совершенствовать организацию и содержание терапевтической помощи по следующим направлениям:

- приближение медицинских частей и учреждений к очагам массовых санитарных потерь;
- обеспечение постоянной готовности медицинских частей и учреждений к массовому приему пораженных и больных в условиях значительной пере-

- грузки основных функциональных подразделений на всех этапах медицинской эвакуации;
- обеспечение проведения неотложных мероприятий большинству пораженных и больных в сжатые сроки;
 - начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи, необходимость развертывания отделений (блоков) реанимации и интенсивной терапии;
 - необходимость развертывания отделений специальной обработки, а также психоизоляторов;
 - необходимость осуществления маневра силами и средствами медицинской службы, а также объемом медицинской помощи на этапах эвакуации;
 - подготовка медицинских частей и учреждений к работе в условиях противозидемического режима;
 - необходимость защиты медицинских частей и учреждений от оружия массового поражения;
 - научная разработка и внедрение в практику современных методов диагностики и лечения боевых поражений;
 - совершенствование организационно-штатной структуры медицинской службы, а также табельного оснащения;
 - специальная подготовка всего личного состава медицинской службы по вопросам боевой терапевтической патологии;
 - медицинская подготовка личного состава Вооруженных Сил с акцентом на изучение индивидуальных средств медицинской защиты, своевременное оказание само- и взаимопомощи.

1.3.2. Общие принципы сортировки пораженных и больных терапевтического профиля :

Важнейшим организационным элементом современной системы лечебно-эвакуационных мероприятий является медицинская сортировка, основы которой разработал выдающийся отечественный хирург Н. И. Пирогов. Он впервые применил ее в широких масштабах в Крымской войне (1853—1856).

«Я впервые ввел сортировку на Севастопольских перевязочных пунктах и уничтожил господствующий там хаос. Убедившись вскоре после моего прибытия в Севастополь, что простая распорядительность и порядок на перевязочном пункте гораздо важнее чисто врачебной деятельности, я сделал себе правилом, не терять времени на продолжительные пособия, не приступать к операциям тотчас при переноске раненых на эти пункты, не допускать хаотического скапливания раненых, и заняться неотлагательной их сортировкой» — писал великий Пирогов.

Значение медицинской сортировки несомненно возрастает в условиях войны с применением оружия массового поражения.

Медицинская сортировка — это распределение потока раненых и больных на группы по признаку нуждаемости в однородных профилактических и лечебно-эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе и принятым порядком эвакуации.

Медицинская сортировка осуществляется исходя из следующих принципов:

- 1) выделение опасных для окружающих;
- 2) определение нуждаемости в медицинской помощи, месте и очередности ее оказания;
- 3) возможность и целесообразность дальнейшей эвакуации с учетом вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки, а начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи и эвакуационного назначения.

Рассмотрим более подробно общие принципы медицинской сортировки пораженных и больных терапевтического профиля на этапах эвакуации. Они заключаются в следующем:

1. К пораженным и больным, представляющим опасность для окружающих и нуждающихся в направлении на санитарную обработку или в изоляции относятся:

- а) пораженные стойкими отравляющими веществами (ФОВ, иприты);
- б) инфекционные больные и лица с подозрением на инфекционные заболевания;
- в) больные с выраженными нервно-психическими нарушениями (психозами);
- г) лица с загрязнением кожи и обмундирования радиоактивными веществами свыше предельно допустимого уровня.

Реализация этого принципа сортировки начинается санинструктором на сортировочном посту (опрос, индикация ОВ, контроль радиоактивного загрязнения) и продолжается врачом в приемно-сортировочном отделении. Лица, не представляющие опасности для окружающих, в зависимости от метеорологических условий с сортировочного поста направляются на сортировочную площадку или в сортировочную палатку. Лица, прошедшие санитарную обработку, как правило, направляются на сортировочную площадку, в отдельных случаях тяжело пораженных можно сортировать сразу после специальной обработки на чистой половине площадки или отделения специальной обработки.

2. Выделение пораженных и больных, нуждающихся в медицинской помощи на данном этапе. Осуществление этого принципа проводится врачебно-сестринскими сортировочными бригадами в сортировочно-эвакуационном (приемно-сортировочном) отделении. В первую очередь выделяются лица, нуждающиеся в неотложной помощи на данном этапе и определяется функциональное подразделение, где эта помощь должна быть оказана, на этапе квалифицированной медицинской помощи выделяют также лиц, подлежащих направлению в команду выздоравливающих (легкопораженные и легкобольные со сроками лечения 5-10 сут).

К выделению лиц, нуждающихся только в уходе и облегчении страданий (бесперспективных), на войсковых этапах эвакуации следует отнестись в целом отрицательно. Исключение составляют лишь лица с церебральной

формой острой лучевой болезни на этапе квалифицированной медицинской помощи.

3. Бригадный метод работы в сортировочно-эвакуационном отделении предусматривает проведение сортировки с одновременным оказанием некоторых мероприятий неотложной помощи. В состав бригады входят врач, медицинская сестра или фельдшер, регистратор и 1—2 звена санитаров.

Врач быстро с использованием физикальных методов (опрос, осмотр, аускультация, пальпация, измерение АД) обследует больного, формулирует диагноз поражения с оценкой тяжести и учетом ведущего синдрома (острая дыхательная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, судорожный синдром, кома и т. д.), отдает указания медицинской сестре по выполнению мероприятий неотложной помощи (введение антидотов, противосудорожных средств, очищение полости рта и верхних дыхательных путей от слизи, оксигенотерапия, искусственная вентиляция легких ручным аппаратом и т. п.).

Для нетранспортабельных определяется функциональное подразделение данного этапа, где лечение пораженного должно быть продолжено, для транспортабельных — направление эвакуации, что закрепляется соответствующей сортировочной маркой. Регистратор оформляет паспортную часть медицинского документа (первичная медицинская карточка, история болезни), записывает диагноз и проведенные лечебные мероприятия, а также регистрируют пораженного в книге учета раненых и больных. Санитары доставляют тяжело пораженных в соответствующее функциональное подразделение, руководствуясь прикрепленными к одежде на груди пораженных сортировочными марками. Члены сортировочной бригады должны работать слаженно. Одна сортировочная бригада указанного состава за 1 ч работы может провести сортировку с оказанием неотложной помощи в среднем 10 пораженным и больным терапевтического профиля. Если сортировочная бригада усиливается второй медицинской сестрой и регистратором, то используя способ «переката» — последовательного обслуживания двух пораженных —

можно увеличить производительность бригады в 1,5 раза. При массовом поступлении пораженных необходимо усиливать сортировочно-эвакуационные отделения сортировочными бригадами из других функциональных подразделений данного этапа, менее загруженных в первый период работы. При этом необходимо на сортировку выделять наиболее квалифицированный персонал. Создавать эти сортировочные бригады, проводить их слаживание и тренировку необходимо в подготовительный период.

1.3.3. Оказание терапевтической помощи пораженным и больным на этапах эвакуации.

Оказание медицинской помощи пораженным и больным во время войны проводится на основе системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, сущностью которой является сочетание процесса оказания медицинской помощи и лечения пораженных с их медицинской эвакуацией. Основные положения данной системы в современном понимании впервые были сформулированы выдающимся отечественным хирургом профессором ВМедА В. А. Оппелем в 1915 году, который предложил расчленить медицинскую помощь на войне на отдельные лечебно-профилактические мероприятия, проводимые последовательно в медицинских пунктах и учреждениях (этапах медицинской эвакуации), расположенных на всем пути эвакуации. Принципы этапного лечения не были реализованы в первую мировую войну в силу экономических причин. В последующие годы и, особенно, в период Великой Отечественной войны эта система получила организационное оформление и дальнейшее творческое развитие.

Терапевтическая помощь пораженным и больным должна проводиться с учетом скоротечности патологического процесса, быстроты развития угрожающих жизни осложнений при поражении ОВ, токсинами, а иногда и ионизирующими излучениями. Следующая ее особенность заключается в необходимости маневрирования объемом проводимых мероприятий, который при массовом поступлении пораженных должен сокращаться, при этом помощь

может оказываться преимущественно или исключительно по жизненным показаниям. От своевременности ее оказания во многом может зависеть течение и исход поражений. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения особое значение имеет преемственность и последовательность в проведении мероприятий на этапах медицинской эвакуации, что обеспечивается непреложным соблюдением уже упоминавшихся выше принципов отечественной военно-медицинской доктрины.

Современная система этапного лечения с эвакуацией по назначению включает следующие виды медицинской помощи: первую, доврачебную (фельдшерскую), первую врачебную, квалифицированную, специализированную помощь и медицинскую реабилитацию. Первая помощь оказывается непосредственно в очаге поражения в ближайшем укрытии самим пострадавшим (самопомощь), товарищем (взаимопомощь), а также младшим медицинским составом (санитарами). Сущность ее состоит в проведении простейших мероприятий, которые могут спасти пораженному жизнь или уменьшить тяжесть последствий поражения и предупредить развитие осложнений. При этом используются индивидуальные средства медицинской защиты личного состава (индивидуальная аптечка, индивидуальный противохимический пакет), а также средства из медицинской сумки, имеющейся на оснащении санитаров.

При боевых поражениях терапевтического профиля первая помощь включает:

- надевание противогаза;
- применение антидотов при поражении ОВ;
- дегазацию зараженных участков кожи и прилегающих участков обмундирования жидкостью индивидуального противохимического пакета;
- применение противорвотных и обезболивающих средств;
- применение антибиотиков с целью экстренной профилактики поражений бактериологическим оружием;
- очистку верхних дыхательных путей от слизи и инородных тел;

- простейшие методы искусственного дыхания;
- выход (вынос) пораженного за пределы зараженной зоны. Доврачебная помощь дополняет и расширяет мероприятия первой помощи, направленные на борьбу с угрожающими жизни расстройствами, и осуществляется фельдшером или санитарным инструктором в пунктах сбора раненых, на медицинских постах рот и в медицинских пунктах батальонов с использованием преимущественно носимого медицинского оснащения. Показаниями к ее проведению являются асфиксия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, шок, кома, судороги, тяжелые нарушения функции дыхания, неукротимая рвота, острые реактивные состояния, выраженный болевой синдром и др. Она включает в себя:

- повторное введение антидотов по показаниям;
- введение сердечно-сосудистых, противосудорожных, противорвотных и болеутоляющих средств;
- промывание глаз, полости рта и носа при подозрении на попадание ОВ или РВ;
- дополнительную дегазацию открытых участков кожи и обмундирования;
- вызывание рвоты (без зондового промывание желудка);
- искусственную вентиляцию легких с использованием ручного аппарата и оксигенотерапию из кислородного ингалятора.

В последние годы данный вид помощи предусматривает при состояниях угрожающих жизни (массивная кровопотеря, инфекционно-токсический шок и др.) введение кровезаменителей через пластиковый катетер в периферическую вену.

Первая врачебная помощь пораженным и больным оказывается в медицинском пункте полка (МПП), а также в медицинской роте бригады. Она предусматривает устранение угрожающих жизни расстройств в ближайшие часы с момента воздействия поражающего фактора, предупреждение неблагоприятных осложнений и подготовку пораженных к дальнейшей эвакуации.

В зависимости от конкретных условий, по срочности выполнения мероприятия первой врачебной помощи делятся на 2 группы:

- неотложные, выполнение которых обязательно во всех условиях боевой обстановки, в том числе и при массовых санитарных потерях;
- мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено без угрозы для жизни пораженных и больных до момента их прибытия на следующий этап эвакуации.

Неотложная помощь осуществляется при состояниях, угрожающих жизни пораженного (при острой сердечно-сосудистой недостаточности, тяжелых расстройствах дыхания, неукротимой рвоте, при судорожном и выраженном болевом синдромах, шоке, коме) или приводящих к тяжелой инвалидности (при поражении глаз ипритом).

Группа неотложных мероприятий первой помощи включает:

- частичную санитарную обработку и смену обмундирования у поступающих из очагов поражения ОВ;
- очистку полости рта и носоглотки от слизи и рвотных масс;
- введение антидотов, противосудорожных, бронхорасширяющих и противорвотных средств;
- промывание желудка через зонд при пероральном отравлении;
- неспецифическую профилактику при поражениях бактериальными средствами и применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами;
- ингаляцию кислорода;
- проведение искусственной вентиляции легких;
- кровопускание;
- инъекции сердечно-сосудистых средств, дыхательных аналептиков, обезболивающих, десенсибилизирующих и других медикаментов;
- применение глазных мазей и лекарственных пленок при поражении глаз ОВ кожно-нарывного действия;

— при радиационных поражениях: внутривенное введение растворов электролитов и низкомолекулярных кровезаменителей (гемодез) с целью детоксикации; использование средств, купирующих первичную лучевую реакцию, показано лишь при неукротимой рвоте. В последнем случае рекомендуется также проведение зондового промывания желудка.

Вторая группа мероприятий первой врачебной помощи включает: назначение различных симптоматических лекарственных средств при состояниях, не представляющих угрозы для жизни пораженного. Сокращение объема первой врачебной помощи производится по указанию вышестоящего медицинского начальника за счет отказа от выполнения мероприятий второй группы.

Квалифицированная терапевтическая помощь пораженным и больным оказывается врачами-терапевтами ОМедБ (ОМедО), МОСН. Она имеет целью устранение тяжелых, угрожающих жизни последствий поражений (асфиксия, судороги, коллапс, отек легких) или остро возникающих неотложных состояний при заболеваниях (гипертонический криз, ангинозный статус, приступ бронхиальной астмы и т. п.), профилактику вероятных осложнений и борьбу с ними для обеспечения дальнейшей эвакуации пораженных и больных. Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи по срочности ее оказания также разделяются на 2 группы:

- неотложные мероприятия;
- мероприятия, выполнение которых может быть отложено.

Неотложные мероприятия проводятся при состояниях, угрожающих жизни пораженного или больного (кома, острая сердечно-сосудистая недостаточность, ангинозный приступ, сложные нарушения ритма сердца, напряженный пневмоторакс, острая дыхательная недостаточность, анурия, печеночная и почечная колики, неукротимая рвота с резким обезвоживанием, судорожный и бронхоспастический синдромы и др.), а также при состояниях резкого психомоторного возбуждения, непереносимого кожного зуда при

ипритных поражениях или при поражениях, с угрозой инвалидности (тяжелое поражение глаз ипритом и др.).

К неотложным мероприятиям квалифицированной терапевтической помощи относятся:

- полная санитарная обработка пораженных стойкими ОВ и лиц, имеющих загрязнение кожи радионуклидами выше предельно допустимого уровня;
- применение антидотов при поражениях ОВ, а также специфической лечебной сыворотки при поражениях ботулиническим токсином;
- введение сердечно-сосудистых, антиаритмических средств и кровезаменяющих жидкостей при острой сердечно-сосудистой недостаточности и различных нарушениях сердечного ритма;
- применение дыхательных analeптиков и проведение искусственной вентиляции легких с использованием дыхательных автоматов при тяжелых нарушениях дыхания;
- оксигенотерапия в случаях выраженной гипоксии;
- купирование болевых приступов, тяжелых аллергических реакций, выраженной рвоты, судорог, бронхоспазма;
- борьба с острой почечной недостаточностью;
- применение транквилизаторов, нейролептиков, седативных средств при острых реактивных состояниях;
- назначение противозудных и седативных средств при распространенных ипритных дерматитах;
- использование специфических средств при поражении глаз ОВ;
- комплексные лечебные мероприятия при попадании внутрь отравляющих, радиоактивных и других токсических веществ;
- при наличии возможностей проведение экстракорпоральной детоксикации (гемосорбция, плазмаферез) при радиационных поражениях и поражениях ОВ.

К числу мероприятий второй группы относятся:

- применение симптоматических лекарственных средств при состояниях, не представляющих угрозы для жизни;
- введение антибиотиков с профилактической целью при поражении ОВ и ионизирующими излучениями.

При неблагоприятной обстановке объем квалифицированной терапевтической помощи сокращается до проведения неотложных мероприятий.

После проведения сортировки и оказания нуждающимся в неотложной помощи из сортировочно-эвакуационного отделения этапа квалифицированной медицинской помощи пораженных направляют:

- в отделение анестезиологии и реанимации — для выведения из комы, шока, проведения интенсивной терапии при острой дыхательной недостаточности, отеке легких;
- в госпитальное отделение — для оказания соответствующей помощи и лечения при коллаптоидных состояниях, судорожном и бронхоспастическом синдромах;
- в команду выздоравливающих — для окончательного лечения легкопораженных со сроками выздоровления до 10 сут. (ИЦД без нарушений ритма, острый бронхит, функциональное расстройство желудка, ОРЗ, грипп, ангина, ограниченный пиодермит, реактивный невроз легкой степени, поражения ТХВ удушающего действия легкой степени, мистическая и диспноэтическая формы поражений ФОБ, острые перегревания или переохлаждения легкой степени);
- в эвакуационную — для подготовки к эвакуации в лечебные учреждения госпитальных баз фронта.

Сроки нетранспортабельности пораженных и больных составляют 2—3 сут.; при эвакуации авиационным транспортом они могут быть существенно сокращены до нескольких часов — одних суток.

Эвакуация из этапа квалифицированной медицинской помощи пораженных и больных терапевтического профиля проводится по следующим направлениям.

В терапевтические госпитали (ВПТГ):

- пораженные ионизирующими излучениями (ОЛБ) II—IV степени, за исключением церебральной формы;
- пораженные ОВ средней и тяжелой степени с преобладанием общетоксических проявлений и поражений внутренних органов (пневмония, трахеобронхит, миокардиодистрофия, гепатопатия, нефропатия);
- пораженные бактериальными токсинами средней и тяжелой степени с выраженными соматическими и неврологическими проявлениями;
- терапевтические больные, требующие стационарного лечения с соблюдением постельного режима на срок более 15 сут.;
- контуженные без признаков повреждения костей черепа и с осложнениями со стороны внутренних органов.

В неврологические госпитали (ВПНГ) подлежат эвакуации пораженные с закрытой травмой головного мозга, ЛОР-контуженные, с острыми реактивными состояниями, требующими специализированного лечения у психиатра, с психоневрологическими расстройствами после воздействия ОВ или токсинов. В этот госпиталь направляются также больные неврологического профиля (невриты, заболевания периферической нервной системы) и психиатрические больные.

В инфекционный госпиталь (ВПИГ) эвакуируются все инфекционные больные, нуждающиеся в госпитальном обследовании и лечении. В терапевтическое отделение ВПГЛР подлежат эвакуации:

- пораженные ионизирующими излучениями (ОЛБ) I степени при наличии клинических проявлений периода разгара;
- легкопораженные ОВ (невротическая форма поражений ФОВ, ипритные ларинготрахеиты и ограниченные эритематозно-буллезные дерматиты);
- соматические больные (нейроциркулярная дистония, обострение хронического бронхита, гастрита и т. п.);
- неврологические больные (невриты, радикулиты легкой степени);
- дерматологические больные.

В терапевтические отделения ВПМГ подлежат эвакуации пострадавшие с комбинированными радиационными поражениями с ведущим лучевым синдромом, а также пораженные ОВ в сочетании с ранением при преобладании первого компонента. Все другие формы комбинированных поражений направляются в хирургические отделения ВПМГ. В ВПХГ (отделения для обожженных) эвакуируют пораженных с распространенными импритными буллезно-некротическими дерматитами.

В ВПСХГ для раненых в голову, шею и позвоночник эвакуируют пораженных ипритами с тяжелыми повреждениями глаз.

Специализированная терапевтическая помощь включает комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых специалистами терапевтами (терапевтами-токсикологами, терапевтами-радиологами), а также инфекционистами, невропатологами, психиатрами, дерматовенерологами, фтизиатрами, имеющими специальное лечебно-диагностическое оснащение, в специально предназначенных лечебных учреждениях госпитальных баз фронта. Данный вид помощи предусматривает окончательное и полное купирование острых проявлений боевой терапевтической патологии, раннюю диагностику осложнений и последствий боевых поражений, специализированное лечение в полном объеме и реабилитацию пораженных и больных.

К основным методам специализированного лечения пораженных и больных терапевтического профиля относятся обеспечение постельного режима, диетического питания, этиопатогенетического и симптоматического медикаментозного лечения различных заболеваний, выполнение физиотерапевтических процедур и лечебной физкультуры, продолжение антидотной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии при поражениях ОВ и ТХВ, дифференцированное применение компонентов крови, гемостатических средств, профилактика и лечение инфекционных проявлений при радиационных поражениях, а также трансплантация костного мозга, гемосорбция, перитонеальный диализ, длительная оксигенотерапия и искусственная вентиляция легких, коррекция нарушений кислотно-основного и электролитного

баланса и др. Отличительной особенностью данного вида помощи является полный объем проводимых лечебных мероприятий, осуществляемый до окончательного исхода заболевания (поражения).

Некоторые мероприятия специализированной терапевтической помощи могут осуществляться в передовых полевых или стационарных учреждениях квалифицированной помощи. С этой целью необходимо осуществлять их усиление соответствующими группами специалистов с оснащением для оказания элементов ранней специализированной терапевтической помощи. При этом могут использоваться современные рентгенологические, ультразвуковые, эндоскопические, лабораторные методы диагностики, а также сложные лечебные процедуры (гемосорбция, плазмоферез, гемодиализ, гипербарическая оксигенация и др.) при различных видах терапевтической патологии.

Отдельным видом медицинской помощи выделена медицинская реабилитация — комплекс организационных, лечебных, медико-психологических и военно-профессиональных мероприятий для восстановления бое- и трудоспособности пораженных и больных, которая осуществляется в процессе комплексного лечения в каждом госпитале.

При наличии соответствующей возможности завершение реабилитации может быть проведено в ВПГЛР, куда переводятся с этой целью выздоравливающие пораженные и больные. Выделяют первичный и вторичный контингент реабилитации. Первичный контингент — это легкопораженные и легкобольные, направляемые непосредственно в ВПГЛР с этапа квалифицированной медицинской помощи. Вторичный контингент реабилитации — это пораженные и больные средней и тяжелой степени, получившие лечение в учреждениях госпитальной базы, которые после восстановительного лечения переводятся в ВПГЛР или в военный санаторий.

Комплекс реабилитации должен включать в себя, наряду с медикаментозной терапией общеукрепляющего плана (витамины, адаптогены, актопротекторы, анаболики и др.), диетотерапию и широкое применение лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов, механо- и трудотерапии с уче-

том профессиональной принадлежности военнослужащих, а также физическую, строевую, боевую, специальную, морально-психологическую подготовку с целью максимально полного восстановления трудо- и боеспособности.

1.3.4. Особенности организации терапевтической помощи в локальных войнах и вооруженных конфликтах

Локальная война — ограниченный военный конфликт с участием двух стран с применением, как правило, группировок вооруженных сил мирного времени.

Вооруженный конфликт — одна из форм разрешения национально-этнических, религиозных и других некоренных противоречий внутри одного государства путем вооруженного столкновения незначительного масштаба с применением регулярных или иррегулярных вооруженных формирований, с отсутствием акта формального объявления войны. Необходимо учитывать, что всякая локальная война может перерасти в крупномасштабную.

Особенностями локальных войн, влияющими на организацию медицинского обеспечения, являются:

- возможность расширения масштаба боевых действий, опасность нанесения боевых ударов, совершения диверсионных акций по всей территории страны;
- широкий диапазон продолжительности боевых действий (от нескольких суток до нескольких лет);
- цикличность и интенсивность боевых действий и в силу этого различное соотношение санитарных потерь ранеными и больными в отдельные периоды войны;
- возможность применения наряду с обычным оружием оружия массового поражения (химического, в том числе временно выводящего из строя, а также тактического ядерного оружия);

- возможность разрушения объектов химической и ядерной промышленности, а также транспортных емкостей, содержащих ТХВ;
- привлечение группировок войск различной ведомственной принадлежности, требующее координации системы управления ими;
- особая чувствительность населения воюющих сторон к людским потерям.

Медицинское обеспечение войск в локальных войнах и вооруженных конфликтах основывается на системе этапного лечения с эвакуацией по назначению, для реализации которой требуется:

- своевременная подготовка территориальной системы медицинской службы в соответствии с поставленными задачами;
- оперативное оборудование территории приграничных военных округов, особенно 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, отрядов или 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 в связи с возросшей глубиной боевых порядков соединений в таких операциях;
- применение маневренных форм вооруженной борьбы, порою малыми группами на изолированных направлениях, требует усиленного внимания к оснащению личного состава средствами оказания первой помощи, усиления медицинской службы батальонов врачами и средним медицинским

персоналом с соответствующим оснащением и медицинскими транспортными средствами.

Система организации медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах предполагает наличие нескольких эшелонов.

Первый эшелон — мероприятия от первой помощи до первой врачебной; они обеспечиваются медицинской службой бригад, полков.

Второй эшелон — мероприятия квалифицированной медицинской помощи, осуществляемые в ОМедБ, МОСН.

Третий эшелон — мероприятия специализированной медицинской помощи, осуществляемые частично в МОСН (при наличии групп усиления), в основном — в базовых госпиталях округа и центра.

При организации лечебно-эвакуационных мероприятий не является правилом обязательное прохождение пораженных и больных через все три эшелона; предпочтительнее больных из первого эшелона в оптимальные сроки авиационным транспортом направлять в специализированные медицинские учреждения, где они могли бы получить исчерпывающую медицинскую помощь. Но в реальных условиях часто необходим этап квалифицированной медицинской помощи.

Кроме специалиста-терапевта и соответствующего оснащения необходимы также условия для осуществления квалифицированной терапевтической помощи, обеспечивающие возможность проведения трех кардинальных мероприятий:

- полная санитарная обработка, после чего пораженные, представляющие опасность для окружающих, перестают быть таковыми, с них снимается защитное обмундирование, противогаз, что обеспечивает возможность осуществления наблюдения за их состоянием и проведения комплекса лечебных мероприятий;
- временная госпитализация нетранспортабельных на 1—2 сут. для проведения интенсивной терапии с целью выведения их из этого состояния (судорожный синдром, острая дыхательная недостаточность, острая сер-

дечно-сосудистая недостаточность, неукротимая рвота, болевой синдром, гипертонический криз и т. п.), для чего необходимо госпитальное отделение;

— выделение потока легкопораженных и легкобольных со сроками лечения до 10—15 сут. для оставления их на данном этапе до выздоровления и возвращения в строй.

Как уже указывалось, очень важным мероприятием является выделение контингентов, нуждающихся в неотложной помощи, и определение функционального подразделения этапа, где эта помощь будет оказана, а начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи — выделение контингентов нетранспортабельных и, следовательно, нуждающихся во временной госпитализации и проведении интенсивной терапии. При определении критериев нетранспортабельности следует руководствоваться не столько нозологическим, сколько синдромологическим принципом.

К нетранспортабельным необходимо относить пораженных и больных со следующими клиническими синдромами:

- острая дыхательная недостаточность II—III степени (выраженный бронхоспазм, токсический отек легких, парез и паралич дыхания, массивный выпотной плеврит, двухсторонняя сливная пневмония, напряженный пневмоторакс);
- острая сердечно-сосудистая недостаточность (циркуляторный коллапс, сердечная астма; кардиогенный отек легких);
- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости (пароксизмальная тахикардия, пароксизмальная тахисистолическая форма мерцательной аритмии, полная атриовентрикулярная блокада, частые политопные, групповые и ранние экстрасистолы);
- судорожный синдром;
- коматозное состояние;
- неукротимая рвота;

- некупированный болевой синдром (стенокардия, инфаркт миокарда, печеночная и почечная колика и др.);
- тяжелый гипертонический криз.

Касаясь организации специализированной терапевтической помощи, необходимо указать, что в условиях локальной войны она может осуществляться в гарнизонных госпиталях первого эшелона, дислоцированных в зоне ответственности, госпиталях округа и тыла страны, а также в разворачиваемых полевых подвижных госпиталях единой госпитальной базы и подразделяется на два вида — ранняя специализированная и специализированная помощь.

Выделение ранней специализированной помощи по отношению к больным и пораженным терапевтического профиля в условиях локального конфликта оправдано и ее следует понимать в следующих аспектах:

1. Эвакуация больных и пораженных с этапа первой врачебной помощи непосредственно в госпиталь, где будет проведен весь комплекс лечебно-диагностических мероприятий.
2. Окончательная сортировка больных и пораженных на этапе квалифицированной медицинской помощи с применением современных ультразвуковых, эндоскопических, лабораторных, электрофизиологических методов диагностики.
3. Расширение объема терапевтической помощи по неотложным показаниям с целью быстрой подготовки к эвакуации нетранспортабельных больных и пораженных.
4. Проведение ранней патогенетической терапии больным и пораженным применением современных методов лечения — гипербарической оксигенации, экстракорпоральной гемосорбции.

В связи с вышеизложенным, а также учитывая структуру санитарных потерь, целесообразно сформировать группы усиления из высококвалифицированных специалистов центральных лечебных учреждений страны, оснащенные современным оборудованием и медикаментами по следующим

направлениям: эндоскопия, ультразвуковая диагностика, лабораторное дело, радиология, токсикология, гипербарическая оксигенация, экстракорпоральная детоксикация.

Таким образом, три из четырех аспектов ранней специализированной помощи предусматривают функционирование групп усиления на базе этапов квалифицированной медицинской помощи — ОМедБ и МОСН.

Медицинский отряд специального назначения (МОСН) является новым формированием, созданным на базе окружных военных госпиталей. Отряд предназначен для развертывания в зоне боевых действий объединенной группировки войск (ОГВ) военного округа в условиях локального (в том числе приграничного) вооруженного конфликта, а также в период ликвидации последствий стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф вблизи очагов массовых санитарных потерь, с целью оказания пострадавшим и больным квалифицированной медицинской помощи, их временной госпитализации, лечения и подготовки к эвакуации в лечебные учреждения Вооруженных Сил, и других ведомств для последующего окончательного лечения и реабилитации.

Основными подразделениями МОСН являются: приемно-сортировочное отделение, хирургическое отделение, госпитальное отделение, лабораторное отделение, рентгеновский кабинет, медицинский взвод в составе медицинского отделения и отделения санитарной обработки. Кроме того, в его состав входят медицинские группы (специализированные группы усиления): общехирургическая, травматологическая, ожоговая, токсикорadiологическая, психоневрологическая, инфекционных болезней, предназначенные для оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим в зависимости от вида катастрофы (стихийного бедствия) и структуры возникших при этом санитарных потерь.

Планирование медицинского обеспечения боевых действий в локальном военном конфликте в части, касающейся оказания специализированной медицинской помощи контингентам больных терапевтического профиля,

должно предусматривать размещение госпиталей со сроками лечения до 30 сут. на небольшом удалении от места ведения боевых действий (не далее 150 км). Целесообразность такого размещения обусловливается возможностью скорейшего возврата больных и пораженных после излечения в строй, тогда как эвакуация их в тыловые районы эту вероятность значительно уменьшает.

Приведенный выше порядок оказания специализированной медицинской помощи больным оптимален для регионов с относительно высокой плотностью размещения госпиталей и является близким к идеальному. Если же плотность размещения военно-медицинских учреждений сравнительно мала, то требуется их усиление путем дополнительного развертывания на этой территории учреждений госпитальной базы мирного времени и, в частности, многопрофильного военно-полевого терапевтического госпиталя, обеспечивающего высокий уровень лечебно-диагностических мероприятий.

В структуре госпиталя следует предусмотреть организацию кабинета ультразвуковой диагностики, эндоскопии, эфферентных методов терапии. Лабораторное отделение целесообразно оснастить современной автоматизированной аппаратурой для подсчета форменных элементов крови, проведения биохимических анализов, исследования иммунологического статуса больных; кабинет функциональной диагностики — аппаратами для мониторингового наблюдения за функцией сердечно-сосудистой системы и др.

Лечебно-эвакуационной характеристики основных форм поражений и заболеваний терапевтического профиля в условиях локальной войны. В первую очередь остановимся на оптимальных (средних) сроках лечения. Сроки лечения до 10—15 сут. имеют больные со следующими нозологическими формами:

- нейроциркуляторная дистония без нарушений ритма сердца;
- бронхит острый;
- функциональное расстройство желудка;
- ОРЗ, грипп, ангина;
- пиодермиты ограниченные;

- невроты реактивные легкой степени;
- поражения ТХВ удушающего действия легкой степени (ринофарингит);
- перегревание или переохлаждение острое легкой степени.

Представляется очевидным, что больные с указанной патологией должны лечиться на этапе квалифицированной медицинской помощи (ОМедБ дивизии, медицинский отряд специального назначения) с возвращением в строй. Больные и пораженные со сроками лечения до 30 сут. должны лечиться в гарнизонном госпитале первого эшелона. К данной категории относятся больные со следующими нозологическими формами:

- НЦД с нарушениями ритма сердца;
- гипертоническая болезнь I—II стадии;
- стенокардия напряжения I—III ФК без недостаточности кровообращения;
- миокардит инфекционно-аллергический;
- бронхит хронический в фазе обострения;
- пневмония;
- гастродуоденит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- дистрофия алиментарная и гиповитаминозы;
- пиелонефрит острый;
- полиартрит реактивный;
- дизентерия острая;
- корь, ветряная оспа, холера, малярия;
- гонорея острая;
- эритема узловатая, экзема острая;
- закрытая травма (сотрясение) головного мозга без выраженных клинических проявлений;
- реактивные невроты и психозы средней тяжести;
- периферические невриты;
- поражения ТХВ удушающего действия средней тяжести (трахеобронхит);
- острая лучевая болезнь легкой степени (в период разгара).

Малоперспективные для возвращения в строй пораженные и больные терапевтического профиля со сроками лечения более 30 сут. подлежат госпитализации в тыловые лечебные учреждения округа и страны. К таковым следует отнести больных со следующими заболеваниями:

- инфаркт миокарда;
- гипертоническая болезнь III стадии;
- хронические неспецифические заболевания легких с легочно-сердечной недостаточностью II—III степени;
- бронхиальная астма тяжелого течения;
- хронический активный гепатит, циррозы печени;
- неспецифический язвенный колит, болезнь Крона;
- хроническое заболевание ЖКТ с упадком питания и болевым синдромом (хронические энтероколиты, панкреатиты);
- гломерулонефрит острый с затяжным течением;
- хронический диффузный гломерулонефрит;
- болезни соединительной ткани;
- системные заболевания крови (гемобластозы, лимфомы, гипопластические и гемолитические анемии);
- заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксический зоб и др.);
- затяжные формы вирусного гепатита;
- СПИД;
- туберкулез легких в активной форме;
- тяжелые формы экземы, псориаза, атопического дерматоза;
- энцефаломиелополирадикулоневриты;
- затяжные формы реактивных неврозов и психозов;
- тяжелые психические заболевания (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия);
- тяжелые соматические и неврологические осложнения острых экзогенных интоксикаций;

— острая лучевая болезнь средней и тяжелой степени.

Важное значение для оказания адекватной медицинской помощи пораженным и больным наряду с медицинской подготовкой всего личного состава Вооруженных Сил с акцентом на вопросы само- и взаимопомощи имеет специальная подготовка медицинского состава по военно-полевой терапии.

Таким образом, соблюдение принципов организации оказания терапевтической помощи больным, осуществление взаимодействия специалистов терапевтического и хирургического профилей, в том числе по раннему выявлению и лечению висцеральных осложнений у раненых, совершенствование специальной подготовки врачей-терапевтов должно способствовать своевременному и качественному решению задач по организации терапевтической помощи в локальной войне.

1.3.5. Медицинская документация.

Преимственность и последовательность в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий могут быть достигнуты при условии четкого ведения медицинской документации, позволяющей медицинскому персоналу знать о состоянии раненых и больных на предыдущих этапах медицинской эвакуации и проведенных лечебно-профилактических мероприятиях. В этом отношении наибольшее значение имеют документы персонального медицинского учета (первичная медицинская карточка и история болезни). Первичная медицинская карточка заполняется на всех раненых, пораженных и больных, выбывших из строя на срок не менее одних суток, при первом оказании им врачебной помощи. В госпитале первичную медицинскую карточку заводят только на тех пораженных и больных, которые поступают сюда, минуя предыдущие этапы медицинской эвакуации и не подлежат лечению в данном госпитале, а после оказания медицинской помощи или без таковой будут эвакуированы в другие лечебные учреждения.

В медицинской карточке отмечают наименование медицинского пункта (учреждения), выдающего карточку, анкетные данные раненого или больно-

го, время ранения (заболевания), диагноз, оказанная медицинская помощь, порядок, способ и очередность эвакуации. Диагноз должен отражать характер поражения, период, степень тяжести, а по возможности и ведущий синдром поражения.

Заполненная карточка является юридическим документом, поскольку она удостоверяет факт ранения или заболевания и, следовательно, дает право на эвакуацию в тыл. Заполненный корешок карточки остается в данном медицинском пункте и используется как отчетный документ. Карточка подписывается врачом, заверяется печатью части и вместе с пораженным или больным (в левом кармане верхней одежды или закрепленной на повязке) направляется на следующий этап эвакуации. По краям карточки имеются отрывные цветные полосы. Красная полоса предназначена для информации следующего этапа медицинской эвакуации о нуждаемости в неотложной помощи, желтая — о необходимости проведения полной санитарной обработки, синяя — свидетельствует о радиационном поражении, а черная — о необходимости изоляции пораженного (больного) при инфекционном заболевании или психическом расстройстве. Обратная сторона медицинской карточки используется для записей о проведенных лечебных мероприятиях на последующих этапах медицинской эвакуации. Заполнение карточки продолжается до тех пор, пока не заводится история болезни, в последнем случае карточка клеивается в историю болезни. Первичная медицинская карточка раненого или больного, оставленного для лечения в команде выздоравливающих МПП (сроком не более 5 сут.), используется как история болезни, при этом динамика заболевания ежедневно отмечается на обороте карточки.

Первичные медицинские карточки на всех раненых и больных, выбывших с определенным исходом (возвращены в часть, умерли) и не имевших истории болезни, не позднее чем через месяц пересылаются через вышестоящего начальника медицинской службы в архив.

История болезни ведется в госпитале — на всех госпитализированных, в ОМедБ (ОМедО) — на временно госпитализированных по нетранспорта-

бельности, а также на легкораненых и больных команды выздоравливающих со сроками лечения до 10 сут., в лазаретах медицинских пунктов частей — на раненых и больных со сроком лечения более 5 сут.. История болезни заводится один раз и ведется до определившегося исхода. При эвакуации раненых в другое лечебное учреждение историю болезни направляют вместе с пораженным в эвакуационном конверте. В истории болезни лаконично излагаются жалобы, анамнез, данные объективного исследования, четко формулируется диагноз, отмечается динамика заболевания и результаты лечения. Данные дополнительных методов исследования (лабораторных, ЭКГ и т. п.) также целесообразно вписывать в историю болезни, чтобы избежать их утраты.

После определившегося исхода лечения пораженного (больного) в истории болезни составляется эпикриз, в котором кроме основных данных о течении поражения, лечения и исходе указывается сколько этапов эвакуации прошел пораженный, сколько дней прошло с момента поражения, состояние в момент выписки, годность к военной службе. История болезни подписывается лечащим врачом, начальником отделения, а затем начальником медицинской части лечебного учреждения.

После составления документов медицинской отчетности лечебных учреждений законченные истории болезни пересылаются в архив.

Кроме этих документов в медицинских пунктах и учреждениях ведутся документы группового учета: книга учета раненых и больных, предназначенная для регистрации всех поступивших на данный этап, а также для учета лиц, нуждающихся в систематическом врачебном наблюдении, книга учета переливания крови и кровезаменителей. В лаборатории ведется книга учета лабораторных исследований. Всех госпитализированных регистрируют в алфавитной книге.

При выписке в часть раненым выдают справки о ранении, заболевании. Единая медицинская документация в значительной мере способствует реализации преемственности и последовательности проводимых лечебно-

диагностических мероприятий на этапах эвакуации и обеспечению единства и непрерывности системы этапного лечения. В заключение считаем необходимым еще раз подчеркнуть важность твердого знания каждым военным врачом принципов организации медицинской помощи пораженным и больным терапевтического профиля в условиях современной войны.

V. Перечень контрольных вопросов

1. Какая система медицинского обеспечения войск на современном этапе в период ведения боевых действий.
2. Что такое система лечебно-эвакуационного обеспечения.
3. Что включает в себя система лечебно-эвакуационного обеспечения.
4. Какие принципы лежат в основе современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения.
5. Какие функциональные подразделения развертываются на этапах медицинской эвакуации.
6. Что такое медицинская сортировка.
7. Какие виды медицинской сортировки вы знаете.
8. Каковы направления медицинской сортировки.
9. Какой вид медицинской помощи оказывает санитарный инструктор роты.
10. Какова цель проведения эвакуационно-транспортной сортировки.

Тесты для самоконтроля

- 1. Что такое система лечебно-эвакуационного обеспечения:**
 - а) последовательное и преемственное проведение раненым необходимых лечебно-профилактических мероприятий на поле боя и этапах эвакуации в сочетании с их эвакуацией до лечебных учреждений, обеспечивающих оказание исчерпывающей медицинской помощи и полноценное лечение;
 - б) оказание медицинской помощи раненым и больным в военно-медицинских частях и учреждениях;

- в) проведение эвакуации раненных с поля боя в лечебные учреждения.
- г) инженерную подготовку дорог, по которым будет проводиться эвакуация раненных;
- д) проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках

2. Какой вид медицинской помощи оказывает стрелок-санитар:

- а) первую медицинскую помощь;
- б) доврачебную медицинскую помощь;
- в) первую врачебную помощь;
- г) квалифицированную медицинскую помощь;
- д) специализированную медицинскую помощь.

3. Какой вид медицинской помощи оказывают в медицинский пункт батальона врачебного состава:

- а) первую врачебную помощь;
- б) доврачебную медицинскую помощь;
- в) первую медицинскую помощь;
- г) квалифицированную медицинскую помощь;
- д) специализированную медицинскую помощь.

4. Какой вид медицинской помощи оказывают в медицинский пункт батальона фельдшерского состава:

- а) доврачебную медицинскую помощь;
- б) первую врачебную помощь;
- в) первую медицинскую помощь;
- г) квалифицированную медицинскую помощь;
- д) специализированную медицинскую помощь.

5. Какой вид медицинской помощи оказывают в медицинский пункт бригады:

- а) первую врачебную помощь;
- б) доврачебную медицинскую помощь;
- в) первую медицинскую помощь;

- г) квалифицированную медицинскую помощь;
- д) специализированную медицинскую помощь.

6. Какие этап медицинской эвакуации вы знаете:

- а) МПБ (медицинский пункт батальона) в обороне, ОМО (отдельный медицинский отряд), военный госпиталь;
- б) пост санитарного транспорта, ОМО, военный госпиталь;
- в) МПБ в наступлении, ОМО, военный госпиталь;
- г) медицинский пост роты, пост санитарного транспорта, МПБ, ОМО, военный госпиталь;
- д) медпункт полка.

7. Что такое этап медицинской эвакуации:

- а) силы и средства медицинской службы, развернутые на путях медицинской эвакуации, обеспечивающие прием, медицинскую сортировку раненых и больных, оказание им медицинской помощи, лечение и подготовку их по показаниям к дальнейшей эвакуации;
- б) силы и средства медицинской службы, развернутые в тыловой зоне, обеспечивающие прием, медицинскую сортировку раненых и больных, оказание им медицинской помощи и их лечение;
- в) силы и средства медицинской службы, развернутые на путях медицинской эвакуации, предназначенные для проведения эвакуации раненых и больных в тыл;
- г) оказание медицинской помощи и лечение раненных и больных, подготовка их к эвакуации;
- д) сбор, вывоз, вынос раненых с поля боя и проведение эвакуации раненных на следующий этап.

8. Что такое медицинская сортировка:

- а) распределение раненных и больных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях;
- б) распределение раненных и больных на группы по тяжести состояния;

- в) распределение всех поступающих на этап на раненных и больных;
- г) выделение из потока раненных нуждающихся в оказании медицинской помощи;
- д) оказание медицинской помощи и лечение раненных и больных, подготовка их к эвакуации.

9. Где проводится медицинская сортировка:

- а) во всех функциональных подразделениях всех этапов медицинской эвакуации;
- б) только в приемно-сортировочных (сортировочно-эвакуационных подразделениях) всех этапов медицинской эвакуации;
- в) во всех функциональных подразделениях догоспитальных этапов медицинской эвакуации;
- г) только в приемно-сортировочных (сортировочно-эвакуационных подразделениях) догоспитальных этапов медицинской эвакуации;
- д) на поле боя.

10. Кто такие «нетранспортабельные раненные»:

- а) раненные, имеющие противопоказания к эвакуации;
- б) легкораненные, транспортировка которых далее нецелесообразна;
- в) раненные, оставленные на данном этапе для окончательного лечения;
- г) раненные, отказывающиеся от дальнейшей эвакуации;
- д) раненные опасные для окружающих.

VI. Литература.

Основная:

1. Гут Т.М., Гут Р.П. Військово-медична підготовка. — К.: Медицина, 2010. — 303 с.
2. Гут Т.М. Практикум з військово-медичної підготовки. — К.: Здоров'я, 2001. — 92 с.
3. Військова токсикологія, радіологія і медичний захист: підручник / За ред. Скалецького Ю.М., Мисули І.Р. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. — 362 с.
4. Кочін І.В. Медицина катастроф. — К.: Здоров'я, 2002—348 с.

5. Медична служба механізованої (танкової) бригади: навч. посіб. / Вороненко В.В., Бадюк М.І., Гулько В.М. та ін. — К.: УВМА, 2004. — 107 с.
6. Організація медичного забезпечення військ / Бадюк М.І., Левченко Ф.М., Токарчук В.П., Солярник В.В. та ін. / За ред. В.В. Паська. — К.: МП “Леся”, 2005. — 430 с.
7. Постанова Кабінету Міністрів України “Про створення державної служби медицини катастроф” № 343 від 14.04.1997 р.
8. Рятувальні роботи та медична допомога у вогнищах надзвичайних ситуацій / Губенко І.Я., Брага В.М. та ін. — Черкаси: Відлуння-Плюс, 2007. — 104 с.
9. Сидоренко П.І., Гут Т.М., Чернищенко Г.А. Військово-медична підготовка. — К.: Медицина, 2008.
10. Тарасюк В.С. Медицина надзвичайних ситуацій. — К.: Медицина, 2010.

Дополнительная:

1. Губенко І.Я., Брага В.М., Квашніна О.В. Що потрібно знати з цивільної оборони: Навч. посібник. — Черкаси: Відлуння-Плюс, 2003. — 109 с.
2. Коцюруба В.П. Цивільна оборона. Військово-медична підготовка: Метод. посібник. — Черкаси: Східноєвропейський університет економіки і менеджменту, 2007. — 17 с.
3. Кочин И.В., Черняков Г.А., Сидоренко П.И. Научные основы эпидемиологии катастроф. — Запорожье: Б. и., 2004.