

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра внутрішніх хвороб №2

**ОРГАНІЗАЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ У
ВОЄННИЙ ЧАС ТА ПРИ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ
МИРНОГО ЧАСУ**

Навчально-методичний посібник до практичних занять з внутрішньої
медицини (військової медицини) для студентів 5 курсу медичного
факультету

Запоріжжя

2015

Установа-розробник:

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Укладачі:

Візір В.А. - зав.кафедрой, д.мед.н., професор

Заїка І.В. к.мед.н., асистент

Технічний редактор Писанко О.В. ст.лаборант

Рецензенти:

– Завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини ЗДМУ, д.мед.н., Перцов В.І.

– Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими ЗДМУ, д.мед.н, професор Сиволап В.В.

Організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуаціях мирного часу : навч.-метод. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини (військової медицини) для студентів 5 курсу мед. ф-ту / уклад. В. А. Візір, І. В. Заїка. – Запоріжжя, 2014. – 72 с.

Посібник затверджено на засіданні ЦМР ЗДМУ 26.02.2015р., протокол №4

Тема: Організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуаціях мирного часу

Кількість навчальних годин – 5.

I. Актуальність теми.

Оцінка накопиченого людством досвіду переконливо засвідчує про те, що всі війни закономірно характеризувалися високим рівнем санітарних втрат хворими, що значно перевищують розміри втрат пораненими. Тому увага лікарів усіх часів і тим більше передових вчених-клініцистів останніх двох століть постійно привертала ідея вивчення особливостей виникнення та перебігу захворювань внутрішніх органів у воєнний час, а також створення системи, що забезпечує надання терапевтичної допомоги хворим і пораненим.

Значною мірою ці проблеми були вирішені в ході Великої Вітчизняної війни. Результати діяльності медичної служби в цей час загальновідомі. Вперше в історії в умовах небувалої за масштабами і напруженості війни були досягнуті виключно високі показники діяльності терапевтичної служби.

Одним з обставин, що забезпечили успішність вирішення що стояли перед медичною службою завдань, в ці роки слід вважати завершення розробки теоретичних і організаційних основ військово-польової терапії (ВПТ).

Розробка нових видів зброї, особливо масового ураження, збільшення масштабів санітарних втрат і зміна їх структури неухильно підвищують значення організації терапевтичної допомоги хворим і пораненим.

Ці обставини і обумовлюють актуальність вивчення військово-польової терапії. Метою її є створення у слухачів уявлення про предмет ВПТ, її історії, змісті, завданнях.

II. Навчальні цілі заняття.

Ознайомитися (α -I):

- організаційними формами надання терапевтичної допомоги на етапах медичної евакуації,

- організацією медичного забезпечення,
- структурою санітарних втрат,
- медичної сортуванням на етапах медичної евакуації.

Знати (α -II):

- етіологію уражень від бойової зброї та захворювань внутрішніх органів, що виникають в умовах бойової діяльності військ,
- патогенез уражень від бойової зброї і захворювань внутрішніх органів, що виникають в умовах бойової діяльності військ,
- клініку поразок від бойової зброї і захворювань внутрішніх органів, що виникають в умовах бойової діяльності військ,
- профілактику та лікування уражень від бойової зброї і захворювань внутрішніх органів, що виникають в умовах бойової діяльності військ,
- розробка організаційних форм надання терапевтичної допомоги постраждалим.

Уміти (α -III):

- Організувати і провести системи заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, з метою збереження життя та якнайшвидшого відновлення боєздатності особового складу.
- Запобігти виникненню і розповсюдженню інфекційних захворювань серед особового складу військ, організувати проведення протиепідемічних заходів.
- Проведення заходів щодо захисту особового складу військ від зброї масового ураження і вражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів.
- Організовувати медичне забезпечення на основі аналізу підготовки та ведення бойових дій, особливостей виникнення, характеру перебігу бойових уражень і захворювань.

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

Деонтологічні, психологічні та професійно-правові аспекти та роль лікаря в умовах надання допомоги у військово-польових умовах.

IV. Зміст теми заняття.

Загальні питання організації терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуаціях мирного часу.

1.1. ЗАВДАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ

Військово-польова терапія - це найважливіший розділ військової медицини. Її змістом є вивчення етіології, патогенезу, клініки, профілактики та лікування уражень від бойової зброї і захворювань внутрішніх органів, що виникають в умовах бойової діяльності військ, розробка організаційних форм надання терапевтичної допомоги цим категоріям постраждалих.

В даний час вказані ураження і захворювання визначаються як бойова терапевтична патологія. Вона включає:

- Чисті форми радіаційних уражень;
- Комбіновані поразки від різних факторів ядерного вибуху з перевагою радіаційного впливу;
- Ураження отруйними речовинами;
- Ураження бактеріологічною зброєю (токсини, бактеріальні рецептури);
- Закриті травми головного мозку;
- Психогенії воєнного часу (реактивні стани);
- Ураження продуктами горіння в осередках застосування напалму і в результаті ядерних вибухів.

Основними завданнями військово-польової терапії є:

- Розробка, наукове обґрунтування, систематичне удосконалення та впровадження в практику організаційних форм надання терапевтичної допомоги ураженим, хворим і пораненим в різних умовах бойової діяльності військ;

- Вивчення етіології, патогенезу, клінічної картини станів, обумовлених впливом на організм засобів масового ураження (ядерної, хімічної та інших видів озброєння), і розробка методів їх діагностики, профілактики та лікування;

- Вивчення особливостей виникнення, клінічного перебігу, лікування соматичних захворювань в умовах бойової діяльності військ; аналіз захворюваності та розробка комплексу заходів, спрямованих на зменшення захворюваності та зміцнення здоров'я особового складу військ;

- Розробка методів профілактики і лікування захворювань, пов'язаних з впливом на організм військовослужбовців несприятливих факторів військової праці: електромагнітних хвиль різних діапазонів, іонізуючих випромінювань, отруйних технічних і агресивних рідин;

- Подальше вдосконалення методів діагностики, профілактики та лікування захворювань внутрішніх органів у поранених, контужених, обпалених і при політравматичних ураженнях;

- Розробка питань військово-лікарської експертизи і реабілітації хворих та уражених терапевтичного профілю.

В основу військово-польової терапії як одного з розділів військово-медичної науки покладено основні принципи вітчизняної військово-медичної доктрини:

- а) єдність у розумінні причин виникнення захворювань і принципів надання терапевтичної допомоги на всіх етапах медичної евакуації;

- б) наступність і послідовність в обстеженні хворих та поранених на етапах евакуації;

- в) коротка, чітка, послідовна документація.

Сучасні бойові операції будуть мати здебільшого маневрений характер. Тому перед військово-медичною службою взагалі, і військово-польовою терапією зокрема, ставиться наступне завдання: забезпечити кваліфіковану терапевтичну допомогу в умовах маневреної війни при застосуванні противником різних видів зброї, в умовах дії різних видів і родів військ. Необхідно

враховувати специфіку театру воєнних дій (північні регіони, болотиста місцевість, гірські райони, наявність хімічних підприємств, об'єктів ядерної енергетики), можливості противника використовувати різні види зброї і багато інших чинників.

Все це впливає на організаційні форми надання терапевтичної допомоги на етапах медичної евакуації і визначає її завдання і обсяг, які змінюються в залежності від характеру і ходу бойової операції. Ці труднощі ускладнюються на передових етапах евакуації тим, що для встановлення діагнозу тут можуть бути використані в основному дані суб'єктивного та звичайного об'єктивного обстеження хворого (огляд, пальпація, перкусія, аускультация), найпростіші інструментальні дослідження (вимірювання артеріального тиску) з обмеженим застосуванням додаткових методів (лабораторних, інструментальних та ін.).

На кожному етапі медичної евакуації необхідно не тільки поставити діагноз, а й визначити лікувально-евакуаційний прогноз, тобто встановити той етап медичної евакуації, де лікування виявиться найбільш ефективним, а терміни його оптимальними. Встановлюючи діагноз захворювання на передових етапах евакуації, лікар повинен призначити хворому лікування, враховуючи доцільність і можливість його проведення в тій обстановці, в якій відбудеться евакуація постраждалого.

Робота медичної служби ускладнюється у разі застосування противником засобів масового ураження, коли на передові етапи медичної евакуації одночасно надходить велика кількість уражених. У цих умовах необхідно в найкоротші терміни провести сортування, санітарну обробку постраждалих, визначити характер і тяжкість ураження, надати нужденним невідкладну терапевтичну допомогу, евакуювати їх на подальші етапи медичної евакуації.

Таким чином, лікарю, який працює в польових лікувальних закладах, необхідно мати спеціальну підготовку з діагностики та лікування уражених з

бойовою терапевтичною патологією, знати основи організації польової військово-медичної служби.

Організація медичного забезпечення

1. Основні завдання медичної служби Збройних Сил України воєнного часу, їх зміст та призначення.

Перед медичною службою Збройних Сил України на воєнний час сьогодні стоять наступні завдання:

1) Організація та проведення системи заходів з надання медичної допомоги пораненим та хворим, їх лікування, з метою збереження життя та скорішого відновлення боєздатності і працездатності. На сучасний момент це завдання формулюється як удосконалення системи лікувально-евакуаційного та лікувально-профілактичного забезпечення Збройних Сил України на воєнний час.

2) Удосконалення системи заходів медичної служби по запобіганню виникнення та поширення інфекційних захворювань, збереження боєздатності і зміцнення здоров'я особового складу військ. Зазначений напрямок роботи складається з:

- проведення медичною службою санітарно-гігієнічних заходів і контроль за їх виконанням іншими службами (речовою, продовольчою, службою КЕС, інженерною, тощо);

- проведення протиепідемічних заходів.

3) Проведення заходів захисту особового складу військ від зброї масового ураження та вражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів.

4) Удосконалення медичного забезпечення на основі глибокого аналізу підготовки і ведення бойових дій, особливостей виникнення, характеру перебігу бойових уражень та захворювань, досягнень медичної науки і практики, досвіду медичної служби в бойових умовах.

Основними напрямками роботи медичної служби воєнного часу, окрім лікувально-евакуаційного і лікувально-профілактичного забезпечення, проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, військово-наукової роботи є також:

а) забезпечення підрозділів, частин і установ табельним медичним майном;

б) проведення військово-медичної підготовки і санітарно-просвітної роботи серед особового складу військ, хворих і поранених, що знаходяться на етапах медичної евакуації, тощо.

2. Організація медичної служби Збройних Сил України. Поняття про підрозділи, частини і заклади медичної служби.

Медична служба ЗС України представляє собою спеціальну організацію, яка включає військово-медичні підрозділи, частини, установи і органи управління, які призначені для медичного забезпечення військ в мирний та воєнний час. Організаційно-штатна структура медичної служби залежить від організаційної структури, завдань і характеру бойових дій окремих видів Збройних Сил і родів військ, особливостей їх медичного забезпечення, а також від завдань, які покладаються на відповідні формування медичної служби.

Підрозділи медичної служби - це медичні формування, які входять до складу військових частин. До них відносяться медичні пункти батальйону і полку. Відповідно до концептуальних положень територіальної системи медичного забезпечення Збройних Сил України на сучасному етапі її розвитку у військовій ланці, організація надання медичної допомоги пораненим та хворим на воєнний час значних змін не потребує і буде здійснюватися штатними медичними підрозділами, до полку включно.

Частини (установи) медичної служби є самостійними (окремими) медичними формуваннями, які включаються до складу з'єднань і медичної служби оперативних (оперативно-стратегічних) об'єднань або знаходяться в безпосередньому підпорядкуванні медичної служби видів Збройних Сил, вій-

ськових округів та центру (МО). Вони мають свій номер, своє військове господарство і печатку. До таких формувань відносяться окремі медичні батальйони дивізій, окремі медичні загони, санітарно-транспортні частини, військово-польові госпіталі, санаторії, протиепідемічні установи, установи медичного постачання, військово-медичні навчальні заклади, тощо.

1. Поняття про втрати особового складу військ. Визначення і класифікація санітарних втрат.

Усі втрати в особовому складі, які виникли у військах під час війни прийнято називати загальними втратами. Вони поділяються на втрати безповоротні та санітарні.

Безповоротні втрати - це втрати, які складаються з вбитих, безвісті пропалих військовослужбовців, та полонених.

До санітарних втрат відносять осіб, які втратили боєздатність (працездатність) не менше ніж на одну добу та доставлені в медичні пункти чи в лікувальні установи, де на них заповнюються первинна медична картка. В залежності від причин, санітарні втрати умовно поділяють на бойові та не бойові.

Бойові санітарні втрати - це втрати внаслідок дії бойових засобів противника або ж безпосередньо пов'язані з виконанням бойового завдання. До бойових санітарних втрат відносять також військовослужбовців, які отримали під час бойових дій відмороження. За етіопатогенетичною ознакою бойові санітарні втрати поділяються на 6 класів:

I - механічні пошкодження;

II - термічні пошкодження;

III - радіаційні пошкодження;

IV- пошкодження ОР;

V - пошкодження БЗ;

VI - реактивні стани від застосування зброї масового ураження. Кожний клас поділяється на групи.

До не бойових санітарних втрат відносять військовослужбовців, які захворіли від причин, не пов'язаних з використанням противником бойових засобів, а також ті з них, які отримали не бойову травму. Ця група об'єднує 22 класи, які враховують етіологію або системний характер захворювань. Потрібно мати на увазі, що прийнята етіопатогенетична класифікація загальних та санітарних втрат у певній мірі є умовною.

Для оперативних цілей користуються класифікаціями (групуваннями) санітарних втрат:

- по їх тяжкості (легкопоранені, середньої тяжкості, тяжкопоранені, хворі. До легкопоранених відносять військових, які зберегли здатність до самостійного пересування та самообслуговування і не отримали пошкоджень органу зору, великих кровоносних судин і нервів, кісток, внутрішніх органів. В сучасній війні вони можуть складати 30-40%. До поранених середньої важкості відносять тих, хто має пошкодження тулуба і кінцівок (ураження, захворювання внутрішніх органів), при відсутності загрози для життя, але вимагають тривалих термінів лікування (не менше, ніж два місяці). Вони можуть складати 35-40%. До тяжкопоранених відносять військових з пошкодженнями життєво важливих органів (черепа, хребта, органів грудної та черевної порожнини), великих кровоносних судин, нервових стволів, кісток при наявності загрози для життя, або порушення функції всього організму. Вони можуть складати біля 25-30%.

- по потребі в медичній допомозі (потребують невідкладної кваліфікованої, спеціалізованої медичної допомоги хірургічного, терапевтичного профілю тощо);

- по потребі та можливості евакуації (потребують евакуації авіатранспортом, автосанітарними транспортом, транспортом загального призначення, можуть бути евакуйовані в положенні лежачи, сидячи, нетранспортабельні);

- по орієнтовним термінам лікування, та іншим лікувально-евакуаційним ознакам.

Така комплексна оцінка поранених та хворих відповідно із зазначеними параметрами носить назву лікувально-евакуаційної характеристики.

2. Поняття про величину санітарних втрат, фактори, що впливають на їх розміри.

Під величиною розуміють розміри санітарних втрат в абсолютних числах. У випадку застосування противником зброї масового ураження, начальник медичної служби вживає всі можливі заходи щодо уточнення розмірів санітарних втрат, та на підставі цих даних визначає приблизну потребу в силах і засобах медичної служби, які необхідні для організації і проведення лікувально-евакуаційних заходів.

В сучасних умовах величина і структура санітарних втрат, по-перше, буде залежати від характеру та напруженості бойових дій; масштабів і умов використання сторонами різних видів зброї; щільності і ступеню захисту військ; кліматогеографічних особливостей місцевості тощо. У зв'язку з цим, для правильного визначення величини і структури санітарних втрат, необхідно всебічно проаналізувати обстановку в кожному конкретному випадку.

Рішучий вплив матиме ракетно-ядерна зброя у випадку її використання. Вдосконалення засобів авіаційного та космічного нападу, значне підвищення надійності та точності ураження об'єктів за рахунок використання багатозарядних самонавідних боеголовок призведуть до значного зростання величини санітарних втрат. Значних розмірів можуть набути санітарні втрати у випадку використання противником хімічної зброї. При цьому в структурі втрат будуть переважати ураження фосфорорганічними отруйними речовинами (ФОР). Санітарні втрати від хімічної зброї, в разі її використання, будуть відрізнятися осередковістю та одночасністю виникнення, значним коливанням кількості уражених в залежності від ступеня захисту військ, тяжкості ураження.

Суттєво зростають, порівняно з минулими війнами, втрати від звичайних видів зброї. При цьому збільшиться питома вага тяжких та вкрай тяжких поранень, опіків, особливо напалмових, зросте чисельність переломів, уражень

внутрішніх органів тощо. Серед поранених та хворих з'явиться категорія вкрай тяжких або і безнадійних у прогностичному відношенні. Особливе значення отримає фактор взаємного збільшення тяжкості поранених при множинних і, перш за все, комбінованих ураженнях. Необхідно обов'язково врахувати великий психологічний вплив на особовий склад використання противником сучасних видів збройної боротьби. У зв'язку з зазначеним, в структурі санітарних втрат значне місце займуть так звані психологічні втрати, під якими розуміють особовий склад, що залишився в строю, однак втратив боєздатність внаслідок дії сильних психотравмуючих факторів. Від швидкого виведення саме цих осіб із стану нервово-психічного шоку в значній мірі будуть залежати терміни відновлення боєздатності частин та з'єднань, що постраждали від ядерних, хімічних та напалмових ударів противника. Таким чином, санітарні втрати військ в умовах сучасної війни будуть відрізнятися значними розмірами, складністю та різноманітністю структури, тяжкістю ураження.

3. Поняття про структуру санітарних втрат, її залежність від зброї, яку використовується в бою.

Структура санітарних втрат - це відсоткове співвідношення різних категорій поранених та хворих до загальної кількості санітарних втрат, усіх або окремих видів зброї. Дивитися також попереднє питання.

Розвиток сучасних видів звичайної зброї закономірно призведе і до змін величини та структури санітарних втрат, а також до зміни лікувально-евакуаційної характеристики контингентів поранених і хворих, які будуть поступати на етапи медичної евакуації. Всі ці зміни характеризуються, з одного боку, збільшенням частки безповоротних втрат, з другого – різким збільшенням санітарних втрат. Таким чином, для сучасної звичайної зброї характерна поява осередків масового ураження, які наближаються за своїми масштабами до таких, що характерні при застосуванні ядерних боєприпасів.

В структурі санітарних втрат поранені хірургічного профілю можуть скласти до 91,9%, терапевтичного – 8,2%. Невідкладних заходів першої лі-

карської допомоги потребують до 15,9% поранених хірургічного профілю, а в повному обсязі – до 40%. Невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги потребує до 21% поранених, з яких оперативні втручання складають – 7,2%, протишокова терапія – до 13%. Повний обсяг кваліфікованої хірургічної допомоги потребують близько 48% поранених, серед яких 31,3% - показання до оперативних втручань.

В структурі санітарних втрат від сучасних видів зброї до 45-50% поранених будуть мати множинні та поєднані ушкодження, що значно ускладнює діагностику та медичне сортування на етапах медичної евакуації. Значно збільшується частота та тяжкість травматичного і опікового шоку, що в свою чергу, збільшує число складних оперативних втручань та їх тривалість (лапаро- і торакотомія – до 2-2,5 годин, первинна хірургічна обробка ран крупних сегментів кінцівок – до 1,5 години). Досвід медичного забезпечення військ 40 армії в ДРА показує, що для виведення із стану травматичного шоку одного пораненого необхідно до 6-8 годин, а із опікового шоку при проведенні інтенсивних протишоккових заходів протягом перших 48 годин можуть бути виведені лише 50% обпечених і лише в термін від 48 до 72 годин

Санітарні втрати залежать від характеру бойових дій, ролі та місця полку (дивізії) в оперативній побудові армійського корпусу, значимості бойового завдання, напруженості бою, масштабів застосування противником зброї масового ураження, високоточної зброї, боєприпасів об'ємного вибуху та загальних сумішей, щільності розміщення військ на місцевості, ступеню інженерного обладнання місцевості, характеру оборони противника і багатьох інших чинників.

4. Види та обсяг медичної допомоги на етапах медичної евакуації.

В процесі проведення лікувально-евакуаційних заходів у військах передбачається надання наступних видів медичної допомоги: перша медична допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога і спеціалізована медична допомога.

Існує два поняття, які визначають зміст лікувально-профілактичних заходів при наданні медичної допомоги пораненим і хворим - вид медичної допомоги і обсяг медичної допомоги.

Під видом медичної допомоги розуміють певний перелік лікувально-профілактичних заходів, які проводяться при пораненнях і захворюваннях особовим складом військ та медичною службою на полі бою, в осередках масових санітарних втрат і на етапах медичної евакуації. Конкретний вид медичної допомоги визначається місцем надання, підготовкою осіб, які її надають, та наявністю необхідного обладнання.

Пораненим та хворим надаються наступні види медичної допомоги:

1) перша медична допомога надається безпосередньо на місці поранення (ураження) або в найближчому укритті самими військовослужбовцями в порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами та санітарними інструкторами підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

2) долікарська (фельдшерська) допомога надається фельдшерами батальйонів в безпосередній близькості від місця поранення на медичних пунктах батальйонів, які очолюються фельдшерами (при масових санітарних втратах і на медичному пункті полку).

3) перша лікарська допомога надається лікарями загальної практики на медичних пунктах полків, а також на медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), які очолюють лікарі (часто в окремому медичному батальйоні або в окремому медичному загоні).

4) кваліфікована медична допомога надається лікарями хірургами і терапевтами в окремих медичних батальйонах (ротах) дивізій, окремих медичних загонах, а також у медичних ротах бригад і деяких лікувальних установах фронту.

5) спеціалізована медична допомога і лікування надається лікарями-спеціалістами у госпітальних базах фронту та в тилкових госпіталях Міністерства охорони здоров'я України.

Обсяг медичної допомоги - це сукупність лікувально-профілактичних заходів, які проводяться пораненим і хворим на даному етапі медичної евакуації. Обсяг медичної допомоги і терміни лікування поранених і хворих залежать від умов бойової, тилової і медичної обстановки, і встановлюються: для окремого медичного батальйону (окремого медичного загону) - начальником медичної служби армії (корпусу); для медичного пункту полку - начальником медичної служби дивізії.

2.Заходи першої медичної допомоги спрямовані на тимчасове усунення причин, які загрожують життю пораненого (хворого) у даний момент та попередження розвитку тяжких ускладнень. Вона включає наступні заходи:

- витягнення поранених з бойових машин, важкодоступних місць, осередків пожеж із-під завалів;
- гасіння палаючого одягу і запалювальних сумішей, що попали на тіло;
- надягання протигазу при знаходженні на зараженій місцевості;
- тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі;
- введення антидотів ураженням отруйними речовинами;
- усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові і можливих чужорідних тіл, фіксування язика при його западанні, введення повітропроводу;
- введення знеболюючих засобів за допомогою шприц-тубика;
- накладання асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, а при відкритому пневмотораксі - оклюзійної пов'язки із використанням прогумованої обкладинки індивідуального перев'язувального пакету;
- іммобілізацію пошкоджених ділянок простими способами з використанням табельних і підручних засобів;

- часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри і дегазацію одягу, що прилягає до цих ділянок вмістом індивідуального протихімічного пакету;

- дачу антибіотиків, протиблювотних та інших лікарських засобів.

При наданні першої медичної допомоги в першу чергу використовуються індивідуальний перев'язувальний (протихімічний) пакет пораненого, засоби з його аптечки індивідуальної і тільки після цього – індивідуальні засоби того, хто надає допомогу і вміст сумки медичної військової і сумки санітара.

3.Заходи долікарської допомоги - надаються з метою боротьби із небезпечними для життя наслідками поранення (захворювання) та попередження тяжких ускладнень. В доповнення до першої медичної допомоги вона включає:

- усунення асфіксії (введення повітропроводу, проведення штучної вентиляції легень за допомогою портативних апаратів, інгаляцію кисню та інше);

- контроль за правильністю і доцільністю накладання джгута, накладання джгута при кровотечі, яка продовжується;

- накладання і виправлення неправильно накладених пов'язок;

- повторне введення знеболюючих засобів, антидотів за показаннями, дачу антибіотиків;

- покращення транспортної іммобілізації за допомогою табельних і підручних засобів;

- введення серцево-судинних та інших лікарських засобів за показаннями;

- повторну часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри та дегазацію одягу, що прилягає до цих ділянок шкіри;

- зігрівання поранених і хворих, дачу гарячого чаю (за виключенням пораненим у живіт).

4.Заходи першої лікарської допомоги надаються з метою усунення або послаблення наслідків поранень (захворювань), які загрожують життю поранених і хворих, попередження розвитку ускладнень або зменшення їх тяжкості, а також підготовки окремих поранених до подальшої евакуації.

Заходи першої лікарської допомоги по терміновості їх виконання розподіляються на дві групи: 1) невідкладні заходи; 2) заходи, виконання яких може бути відкладено.

Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених і хворих. Вони включають:

- зупинку зовнішньої кровотечі (введення тампону у рану з накладанням шкірних швів, прошивання судин у рані, накладання затискувача на судину, що кровоточить, контроль за правильністю і доцільністю накладання джгута та накладання джгута при наявності показань);

- усунення гострої дихальної недостатності (відсмоктування слизу, блювотних мас і крові з верхніх дихальних шляхів, введення повітропроводу, прошивання язика, відсічення або підшивання звисаючих лоскутів м'якого піднебіння і бокових відділів глотки, штучну вентиляцію легень, інгаляцію кисню, накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі, інгаляцію парів етилового спирту при набряку легень, пункцію або торакоцентез при напруженому пневмотораксі);

- переливання крові і кровозамінників при тяжкому шоці та значній крововтраті;

- новокаїнові блокади і введення знеболюючих засобів при тяжкому шоці;

- транспортну іммобілізацію (або її покращення) при переломах кісток і великих пошкодженнях м'яких тканин, які загрожують розвитком небезпечних для життя ускладнень; накладання стандартної транспортної пращеподібної шини при переломах щелеп;

- відсікання кінцівки, яка висить на лоскуті м'яких тканин ("транспортна ампутація");

- катетеризацію або капілярну пункцію сечового міхура при затримці сечовиділення;

- часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри, дегазацію пов'язок та одягу; зміну одягу, зараженого стійкими отруйними речовинами; зняття протигазу з тяжкопоранених і тяжкохворих;

- промивання очей при ураженні отруйними речовинами шкірно-наривної дії з наступним введенням у кон'юнктивальний мішечок спеціальних очних мазей;

- введення за показаннями антидотів, антибіотиків, протисудомних, бронхорозширюючих, протиблювотних, серцево-судинних, десенсибілізуючих та інших засобів;

- використання антитоксичної сироватки при отруєннях бактеріальними токсинами, і проведення неспецифічної профілактики при ураженні бактеріологічною (біологічною) зброєю;

- промивання шлунку за допомогою зонда при попаданні отруйних речовин у шлунок і дачу адсорбенту.

До заходів першої лікарської допомоги, які можуть бути відкладені, відносяться:

- виправлення пов'язок і покращення транспортної іммобілізації;
- проведення новокаїнових блокад і введення знеболюючих засобів при пошкодженнях середньої тяжкості;

- дегазація рани при зараженні стійкими отруйними речовинами;
- ін'єкції антибіотиків і профілактика правцю при відкритих травмах і опіках;

- проведення дезінтоксикаційної терапії і використання антибіотиків при радіаційних та хімічних ураженнях;

- зміна пов'язок при забрудненні рани радіоактивними речовинами;

- призначення симптоматичних медикаментозних засобів.

Повний обсяг першої лікарської допомоги включає невідкладні заходи і заходи, проведення яких може бути відкладено. Скорочення обсягу першої лікарської допомоги здійснюється за рахунок заходів другої групи.

5.Заходи кваліфікованої хірургічної медичної допомоги. За термінами виконання ці заходи діляться на дві групи: невідкладні і заходи, виконання яких може бути вимушено відкладено.

Невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги включають:

- усунення асфіксії та відновлення адекватного дихання;
- кінцеву зупинку внутрішньої і зовнішньої кровотечі;
- комплексну терапію гострої крововтрати, шоку, травматичного токсикозу;
- некротомію при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які викликають розлади дихання і кровообігу;
- лікування анаеробної інфекції;
- хірургічну обробку та ушивання ран при широко відкритому пневмотораксі, що не герметизується оклюзійною пов'язкою, пораненнях серця, зовнішньому клапанному пневмотораксі;
- лапаротомію при пораненнях і закритій травмі живота з пошкодженням внутрішніх органів, при внутрішньочеревному пошкодженні сечового міхура і прямої кишки;
- декомпресійну трепанацію черепа при пораненнях і пошкодженнях, які супроводжуються стисканням головного мозку.

Заходи кваліфікованої хірургічної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладено з метою їх більш чіткої та суворої регламентації, розподіляються на дві підгрупи.

Перша підгрупа включає заходи, відкладання яких, як правило, буде приводити до тяжких ускладнень:

- ампутацію при відривах, роздавленні та ішемічному некрозі кінцівок;
- накладання надлобкової нориці при пошкодженні уретри і протиприродного заднього проходу при позачеревному пошкодженні прямої кишки;

- хірургічну обробку ран заражених отруйними речовинами, а також ран із значними руйнуваннями м'яких тканин.

Друга підгрупа включає заходи, відкладання яких не виключає розвитку тяжких ускладнень, але небезпека їх виникнення може бути зменшена при вживанні антибіотиків та інших засобів. До заходів цієї підгрупи відносяться:

- первинна хірургічна обробка ран (за виключенням тих, що включені до попередньої підгрупи та ран, які не підлягають хірургічній обробці);

- некротомія при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які не викликають розладів дихання і кровообігу; туалет сильно забруднених опікових поверхонь;

- накладання пластинчатих швів при лоскутних пораненнях обличчя;

- лігатурне зв'язування зубів при переломах нижньої щелепи з дефектом.

6.Заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги. За термінами виконання вони також розподіляються на невідкладні і заходи, виконання яких може бути вимушено відкладено.

Невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги включають:

- санітарну обробку поранених і хворих при зараженнях отруйними речовинами;

- введення антидотів і протиботулінової сироватки;

- комплексну терапію серцево-судинної недостатності, порушень серцевого ритму;

- комплексну терапію гострої дихальної недостатності;

- дегідратаційну терапію при набряку головного мозку;

- корекцію грубих порушень кислотно-лужного стану та електролітного балансу;

- комплекс заходів при попаданні всередину отруйних речовин та інших отруйних засобів;

- введення знеболюючих, десенсибілізуючих, протиблювотних, протисудомних і бронхолітичних засобів;
- вживання транквілізаторів та нейролептиків при гострих реактивних станах;
- призначення засобів проти свербіння при поширених іпритних дерматозах.

Заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги, виконання яких може бути відкладено, включають:

- введення (дачу) антибіотиків та сульфаніламідів з профілактичною метою;
- гемотрансфузію із замінною метою (при помірній анемізації);
- використання симптоматичних медикаментозних засобів.

7. Поняття про етап медичної евакуації. Завдання, які він виконує.

Медична допомога пораненим і хворим (окрім першої і долікарської) та їх лікування здійснюється на медичних пунктах і в лікувальних установах, які розгортаються на шляхах евакуації і розміщених від фронту в тил у певній послідовності. Медичні пункти і лікувальні установи отримали узагальнюючу назву етапів медичної евакуації.

Етап медичної евакуації - це сили і засоби медичної служби (медичні пункти і лікувальні установи), що розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування і підготовки до подальшої евакуації тих з них, хто цього потребує.

У сучасній системі лікувально-евакуаційних заходів основними етапами медичної евакуації являються: медичний пункт полку, окремий медичний батальйон дивізії, окремий медичний загін армії (фронту), лікувальні установи госпітальної бази фронту, тиліві госпіталі Міністерства охорони здоров'я.

До числа етапів медичної евакуації може бути занесений МПБ, якщо він розгортається і працює на місці (наприклад, в обороні). Кожному етапу медичної евакуації характерний визначений (типовий) вид медичної допомоги (медичному пункту полку – перша лікарська допомога, окремому медич-

ному батальйону і окремому медичному загону – кваліфікована медична допомога, госпітальній базі фронту – спеціалізована медична допомога).

Всім етапам медичної евакуації властиві певні особливості в організації роботи, які залежать від їх завдань і місця в загальній системі лікувально-евакуаційних заходів, а також від бойової, тилової та медичної обстановки. Однак, у складі кожного етапу медичної евакуації, як правило, розгортається ряд типових функціональних підрозділів, які виконують наступні, загальні для кожного з них завдання: прийом, реєстрацію, медичне сортування поранених і хворих, що надходять; проведення по показанням санітарної обробки поранених і хворих, дезінфекції, дезактивації та дегазації їх одягу та знаряддя; надання пораненим та хворим медичної допомоги; стаціонарне лікування поранених та хворих (починаючи з окремого медичного батальйону, окремого медичного загону); підготовку до евакуації поранених та хворих, що підлягають лікуванню на наступних етапах; ізоляцію інфекційних хворих.

8. Основні функціональні підрозділи, які розгортаються на етапі медичної евакуації, основні вимоги щодо районів розміщення ЕМЕ.

Однак, у складі кожного етапу медичної евакуації, як правило, розгортається ряд типових функціональних підрозділів, які виконують наступні, загальні для кожного з них завдання: прийом, реєстрацію, медичне сортування поранених і хворих, що надходять; проведення по показанням санітарної обробки поранених і хворих, дезінфекції, дезактивації та дегазації їх одягу та знаряддя; надання пораненим та хворим медичної допомоги; стаціонарне лікування поранених та хворих (починаючи з окремого медичного батальйону, окремого медичного загону); підготовку до евакуації поранених та хворих, що підлягають лікуванню на наступних етапах; ізоляцію інфекційних хворих.

Для прийому і сортування поранених і хворих, призначені сортувально-евакуаційні (на медичному пункті полку, в окремому медичному батальйоні, окремому медичному загоні) або приймально-сортувальні (у лікувальних установах госпітальної бази) відділення. Якщо у відповідності з установленим обсягом медичної допомоги частина поранених буде евакуйована далі в

тил безпосередньо після сортування, без спрямування їх в інші функціональні підрозділи окремого медичного батальйону (окремого медичного загону), вони розміщуються і готуються до евакуації в евакуаційних наметах сортувально-евакуаційного відділення. З лікувальних установ евакуація поранених і хворих ведеться, як правило, безпосередньо із госпітальних (лікувальних) відділень.

Часткова або повна санітарна обробка поранених і хворих, часткова дегазація і дезактивація, дезінфекція їх одягу, а також санітарного транспорту та нош здійснюється у відділенні (на майданчику) спеціальної обробки.

Надання медичної допомоги пораненим і хворим в обсязі, властивому даному етапові медичної евакуації, здійснюється у перев'язувальній медичного пункту полку, операційно-перев'язувальному або госпітальному відділеннях окремого медичного батальйону (окремого медичного загону), в операційних, перев'язувальних, процедурних різних госпіталів.

Для госпіталізації та лікування поранених і хворих призначається госпітальне відділення.

Для ізоляції інфекційних хворих розгортається ізолятор.

У складі етапів медичної евакуації передбачаються підрозділи, які здійснюють керівництво їх роботою та матеріально-технічне забезпечення - управління (штаб), аптека, лабораторія, кухня, склади та ін.

Місця (райони) для розгортання медичних пунктів і лікувальних установ вибираються з врахуванням конкретних умов (характеру бойових завдань військ та їх шикування, організації тилу, наявності та якості шляхів, радіаційної та хімічної обстановки, наявності джерел доброякісної води, санітарно-епідемічного стану району, можливості використання місцевих засобів для захисту і маскування).

Однак у всіх випадках слід намагатись розгорнути медичні пункти та лікувальні установи поблизу шляхів підвозу та евакуації; по можливості в стороні від об'єктів, які можуть привернути увагу противника; у районах, де забезпечується вигідне розміщення функціональних підрозділів, їх достатній

захист і маскування, а також можливість організації наземної охорони і оборони.

Етапи медичної евакуації повинні бути постійно готовими до роботи в різних умовах, до швидкої зміни місця розташування, до одночасного прийому великої кількості поранених і хворих, у тому числі і безпосередньо з осередків масового ураження.

Райони, терміни розгортання і порядок переміщення окремого медичного батальйону (окремого медичного загону), медичного пункту полку визначається начальником медичної служби дивізії (полку) у відповідності з вказівками командира дивізії (командира полку).

9. Визначення поняття “медичне сортування”, його завдання. Групи поранених, що виділяються при проведенні сортування.

Основою організації лікувально-евакуаційних заходів являється медичне сортування. Медичне сортування поранених і хворих є найважливішим заходом, який забезпечує чітку організацію роботи етапів медичної евакуації щодо надання медичної допомоги пораненим і хворим. Особливо зростає її значення при масовому надходженні поранених і хворих.

Медичне сортування - це розподіл поранених і хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах у відповідності з медичними показаннями, обсягом наданої медичної допомоги і прийнятим порядком евакуації.

Сортування поранених і хворих проводиться на кожному етапі медичної евакуації та здійснюється у всіх його функціональних підрозділах.

Зміст сортування залежить від завдань, що покладаються на ті чи інші функціональні підрозділи та етапи медичної евакуації у цілому, а також від умов бойової та медичної обстановки.

Мета медичного сортування – забезпечити поранених та хворих своєчасним проведенням лікувально-профілактичних заходів та подальшу їх евакуацію.

Завдання медичного сортування: визначити характер ураження; встановити черговість, місце (функціональний підрозділ) надання пораненим (хворим) медичної допомоги (лікування); визначити порядок евакуації поранених і хворих: куди евакуювати, у яку чергу, на якому транспорті, у якому положенні.

Медичне сортування, як правило, здійснюється на основі з'ясування діагнозу ураження (захворювання, його прогнозу і тому завжди носить діагностичний та прогностичний характер).

В залежності від завдань, які вирішуються у процесі медичного сортування поранених і хворих, розрізняють два його види: внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне сортування.

Внутрішньопунктове сортування має за мету розподілити поранених і хворих на групи для направлення у відповідні функціональні підрозділи даного етапу медичної евакуації та встановити черговість їх направлення у ці підрозділи. Евакуаційно-транспортне сортування проводиться з метою розподілення поранених і хворих на групи у відповідності з направленням, черговістю, способами та засобами подальшої їх евакуації.

При проведенні медичного сортування поранені і хворі розподіляються на групи:

- виходячи з потреби в санітарній обробці і необхідності ізоляції;
- виходячи з потреби в медичній допомозі, місця і черговості її надання;
- виходячи з можливості і доцільності подальшої евакуації, виду транспортних засобів, які використовуються для евакуації, черговості і способу транспортування, евакуаційного призначення (починаючи з окремого медичного батальйону, окремого медичного загону).

Медичне сортування проводиться сортувальними бригадами у складі лікаря, двох медичних сестер (фельдшерів), двох регістраторів та однієї – двох ланок санітарів-носіїв.

Результати медичного сортування фіксуються за допомогою спеціальних сортувальних марок, а також у первинній медичній карті, історії хвороби.

10. Визначення поняття «медична евакуація», порядок її проведення. Санітарно-транспортні засоби, які використовуються для евакуації уражених і хворих.

Медична евакуація - це сукупність заходів по доставці поранених і хворих на медичні пункти і в лікувальні установи з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги та лікування. Шлях, яким здійснюється винесення та транспортування поранених і хворих у тил, носить назву - шлях медичної евакуації. Як правило, шляхи медичної евакуації повинні відповідати шляхам підвозу військам різних матеріальних засобів. Сукупність шляхів медичної евакуації, розгорнутих на них етапів медичної евакуації, а також санітарно-транспортних засобів, що забезпечують угруповання військ, отримало назву евакуаційного напрямку.

Для евакуації поранених і хворих застосовуються різні санітарно-транспортні засоби. У всіх випадках для евакуації поранених і хворих належить використовувати доступні в конкретній обстановці найбільш щадні і швидкохідні засоби медичної евакуації. Найбільшими труднощами є евакуація поранених з поля бою, яка здійснюється за допомогою різних транспортних засобів та шляхом винесення. Винесення поранених здійснюється особовим складом підрозділів збору і евакуації, а також військовослужбовцями, які виділяються для цієї мети розпорядженням командирів частин і підрозділів. Для вивезення поранених з поля бою використовуються санітарні транспортери медичних пунктів батальйонів, підрозділів збору і евакуації медичних пунктів полків і окремого медичного батальйону, а також бронетранспортери і бойові машини піхоти, що може значно полегшити організацію евакуації під вогнем противника.

Подальша евакуація поранених і хворих здійснюється на автомобільному санітарному транспорті, який в теперішній час являється основним за-

собом медичної евакуації від військових підрозділів до госпітальної бази. Поряд з цим в сучасних умовах збільшуються можливості щодо використання для евакуації поранених і хворих, починаючи з окремих медичних батальйонів і окремих медичних загонів, легких санітарних літаків і вертольотів, які не потребують великих злітно-посадочних смуг.

Транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих:

Транспортер колісний ЛУАЗ-967М

Транспортер малогабаритний гусеничний броньований ГТ-МУ

Транспортер гусеничний снігоболотохідний ГТ-СМ

Санітарна автомашина УАЗ-452А

Санітарний автобус АС-66

Вантажний автомобіль ГАЗ-66, обладнаний уніфікованим санітарним обладнанням

Вантажний автомобіль ЗІЛ-130, обладнаний уніфікованим санітарним обладнанням

Евакуація поранених і хворих організовується начальником медичної служби, що займає більш високу посаду, і здійснюється підлеглими йому транспортними засобами. Наприклад, начальник медичної служби дивізії направляє санітарний транспорт окремого медичного батальйону (окремого медичного загону) на медичні пункти полків для евакуації поранених і хворих в окремий медичний батальйон (окремий медичний загін). Такий порядок евакуації отримав назву “евакуація на себе”. Не виключена, можливість евакуації в тил своїми транспортними засобами, тобто “від себе”. Існує також можливість евакуації поранених і хворих за принципами: “евакуація на сусіда”, “евакуація за собою”, “евакуація через себе”. Перевага евакуації “на себе” перед іншими порядками її організації складається в тому, що старший начальник медичної служби, який направляє транспорт вперед, має можливість використовувати його більш ефективно у відповідності з обстановкою, а також краще ним маневрувати.

11. Особливості організації лікувально-евакуаційних заходів в осередку хімічного враження. Необхідно враховувати наступні особливості:

- одномоментне (при використанні противником швидкодіючих отруйних речовин) або тривале (отруйні речовини сповільненої дії) формування санітарних втрат в осередку;

- можливість виникнення при певних умовах комбінованих уражень особового складу;

- можливість вторинних уражень поранених і хворих, а також медичного персоналу в результаті десорбції отруйних речовин із зараженого одягу або спорядження евакуйованих хворих;

- необхідність надання медичної допомоги за невідкладними показаннями великій кількості уражених в короткі терміни.

Перша медична допомога пораненим і хворим в осередках ядерного і хімічного ураження надається у порядку само- і взаємодопомоги, а також особовим складом загонів ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження. Санітарні інструктори і фельдшери із складу цих загонів безпосередньо керують заходами щодо надання першої медичної допомоги, надають її найбільш тяжкопораненим і тяжкохворим.

Поранених і хворих потрібно вивозити (виносити) на незаражені ділянки місцевості у найкоротші терміни з дотриманням необхідних заходів захисту.

Після надання пораненим і хворим першої медичної допомоги, вони евакуюються на медичний пункт полку, в окремий медичний батальйон (окремий медичний загін). У разі неможливості швидкої евакуації поранених і хворих, які знаходяться на місцевості з високим рівнем радіації або зараженої отруйними речовинами, вони спочатку вивозяться (виносяться) за межі цієї місцевості, де і очікують подальшої евакуації.

1.2. КОРОТКИЙ НАРИС РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВО-ПОЛЬОВИЙ ТЕРАПІЇ

Військово-польова терапія як один з найважливіших розділів військової медицини отримала організаційне оформлення значно пізніше, ніж військово-польова хірургія. Тільки перед початком Великої Вітчизняної війни були намічені завдання, визначено зміст цієї нової дисципліни та проведені організаційні заходи з метою поліпшення терапевтичної допомоги в діючій армії. Елементи доктрини військово-польової терапії визначилися напередодні Великої Вітчизняної війни (1941-1945), а сама система надання терапевтичної допомоги хворим і пораненим склалася вже в ході війни. Формування військово-польової терапії як самостійної дисципліни підготовляли протягом багатьох десятиліть кращими представниками вітчизняної медицини. В її становленні та розвитку можна виділити чотири етапи.

Перший етап - етап зародження військово-польової терапії - тривав з початку XIX століття до 40-х років XX століття. Протягом усього XIX століття багато вітчизняні лікарі зверталися до проблеми надання своєчасної допомоги хворим на театрі військових дій. Вони вивчали захворюваність у військах, вказували на погану організацію лікування хворих, підкреслювали необхідність поліпшення терапевтичної допомоги хворим та підвищення в цьому аспекті якості підготовки військового лікаря.

З 1808 основоположник вітчизняної терапії М. Я. Мудров, будучи завідувачем кафедрою внутрішніх хвороб в Московському університеті, читав спеціальні курси «Про гігієну і хворобах звичайних у діючих військах» і «Терапія хвороб в таборах і госпіталях найбільш буває», а в 1809 році виголосив актового мову «Про користь і предметах військової гігієни, або науки зберігати здоров'я військовослужбовців». У цих лекціях та інших своїх працях М. Я. Мудров неодноразово підкреслював важливе місце військової терапії, або «армійської клініки», серед інших розділів військової медицини, звертав увагу командування армії і керівників медичної служби на необхідність поліпшення лікувально-профілактичного забезпечення військ та зміни ставлення до лікарів.

Благотворні ідеї та погляди М. Я. Мудрова знайшли своє втілення і подальший розвиток в працях військових лікарів Я. Говорова, Р. Четиркін, А. Чаруковський та ін. Вони аналізували захворюваність в армії, виявляли причини, що зумовлюють її збільшення (моральні та фізичні труднощі походів, кліматичні умови тощо. п.), вказували на необхідність проведення профілактичних і лікувальних заходів, спрямованих на попередження хвороб у військах. Особливої уваги заслуговує книга штаблікаря лейбгвардії єгерського полку Якіма Чаруковського «Військово-похідна медицина» (1837), третя частина якої була озаглавлена «Хвороби армії». У ній автор розбирає питання патогенезу, клініки, профілактики та лікування захворювань, що найчастіше зустрічаються в армії, підкреслюючи, що «солдат як людина, подібно іншим людям, схильний до різноманітних недуг; але як воїн він уражається понад те особливими хворобами, або і загальними всього людського роду, але з пліном військових обставин значно зміненими». «Лікування хвороб армії, - писав далі А. Чаруковський, - є запобіжне і дійсне. Перше має на меті видалення хворобливих причин, запобігання самій хворобі, а ті, що вже є - зупинити і придушити їх в самому початку, щоб вони не поширювалися між здоровими; останнім є власне терапевтичним». У розділах, присвячених військово-польової хірургії, А. Чаруковський вперше звертає увагу на спостереження у поранених захворювань внутрішніх органів (зокрема печінки).

Визначну роль у розвитку військової медицини взагалі, і військово-польової терапії зокрема, зіграв С. П. Боткін. Він був учасником двох воєн: Кримської (1853-1856) і російсько-турецької (1877-1878). У 1855 році С. П. Боткін, після отримання звання лікаря, добровільно відправився у район воєнних дій і працював в Сімферопольському госпіталі під керівництвом Н. І. Пирогова, а в період російсько-турецької війни, будучи лікарем штабквартири, фактично був головним терапевтом армії. Він приймав активну участь в передислокації госпіталів, вміло організовував надання терапевтичної допомоги хворим. С. П. Боткін регулярно оглядав хворих і поранених в госпіталях і на головних перев'язувальних пунктах, вивчав захворюваність у

військах, виявляв особливості патології військового часу, активно боровся з недоліками в організації медичної допомоги постраждалим, постійно вів роботу з підвищення кваліфікації лікарів.

З його ім'ям пов'язано вивчення волинської лихоманки, інфекційної жовтяниці, «траншейної стопи». Свій величезний досвід з організації терапевтичної допомоги на театрі військових дій С. П. Боткін узагальнив в книзі «Листи з Болгарії», що стала своєрідним щоденником військово-польового терапевта. Виключно цінні вказівки по організації терапевтичної допомоги в військах і про особливості патології військового часу були зроблені Н. І. Пироговим. Він неодноразово вказував, що «число тих, що вибули зі строю під час воєн, внаслідок хвороб як в минулих, так і особливо в нинішніх війнах, набагато значніше втрат убитими і пораненими». І далі: «...ще з більшими труднощами, ніж діагноз, з'єднане лікування внутрішніх хвороб у госпіталях на театрі війни. Це лікування більш різноманітне і вимагає індивідуального підходу з боку лікаря до хворих, ніж зовнішні ушкодження».

Отже, протягом XIX століття у вітчизняних лікарів, як терапевтів, так і хірургів, сформувалися чіткі уявлення про особливості захворюваності воєнного часу, обумовлених умовами і характером військової праці. Ці уявлення були притаманні і їх послідовникам - лікарям XX століття.

Важливою віхою в розвитку військово-польової терапії стала перша світова війна (1914-1918). Після того як в 1915 році Німецьке командування застосувало хімічну зброю (хлор), вперше в історії воєн виникла проблема надання не тільки хірургічної, але і терапевтичної допомоги ураженим бойовою зброєю. З'явилася принципово нова категорія постраждалих - уражені отруйними речовинами, що відрізняється своєрідністю, швидкоплинністю, важкістю перебігу інтоксикації, масовим характером надходження уражених.

Застосування хімічної зброї виявило необхідність термінового вивчення патогенезу і клінічної картини спричинених ним поразок, впровадження нових гнучких і ефективних форм надання медичної допомоги. У цю роботу негайно включилися російські лікарі В. І. Глінчиков, А. І. Ігнатовський, Н. Н.

Бурденка, НН Савицький та ін., Вони активно вивчали механізм розвитку «газовій хвороби» (токсичного набряку легенів), розробляли методи її діагностики, профілактики і лікування, а також організаційні форми надання допомоги ураженим. Їм належить важлива роль у використанні та оцінці ефективності застосовуваних у лікуванні токсичного набряку легенів кровопускання, кальцію хлориду, кисневої терапії. На підставі отриманого досвіду вже в серпні 1915 року А. І. Ігнатовський опублікував три повідомлення з описом клінічних проявів та лікування уражень хлором в «Лікарської газеті», а в 1920 році В. І. Глінчіков видав першу російську монографію «задушливі гази і газоотруєння».

По закінченні громадянської війни почалася корінна перебудова військово-медичної служби. Основою лікувально-профілактичної діяльності у військах ставали методи диспансеризації, проводився медичний контроль за фізичним розвитком військовослужбовців, вивчалися особливості професійної праці військовослужбовців різних видів військ, розгорталися поліклініки, спеціалізовані госпіталі та санаторно-курортні установи.

У Військово-медичної академії розширювалася науково-дослідна робота з вивчення впливу на організм людини різних умов військової праці та щодо попередження захворювань серед військовослужбовців. Наприкінці 20-х - початку 30-х років XX століття в академії розгортаються дослідження, спрямовані на раннє виявлення змін показників функції серця, нирок, системи травлення та інших органів у військовослужбовців. Отримані результати лягали в основу направлених у війська інструкцій, вказівок і методичних рекомендацій, керуючись якими військові лікарі проводили більш строгий відбір за станом здоров'я призваних на військову службу, а також при визначенні їх професійної приналежності. Все це створювало сприятливі передумови для вдосконалення системи надання допомоги хворим на театрах військових дій. І вже під час військових дій в районі озера Хасан (1938) і на річці Халхін-Гол (1939) в результаті своєчасного проведення відповідних профілактичних заходів не спостерігалось, як в колишні війни, зростання за-

хворюваності, незважаючи на важкі умови бойової діяльності військ. Разом з тим досвід роботи медичної служби в цей період виявив необхідність перегляду низки положень, що стосувалися організації терапевтичної допомоги в умовах бойової діяльності військ. Головний хірург Червоної Армії МН Ахутіна, аналізуючи досвід цих двох операцій, писав: «Зараз для нас абсолютно ясно, що в військовому районі нам потрібні терапевти не стільки в якості помічників хірургів при операціях, скільки насамперед як повноцінних терапевтів - спеціалістів, які вміють в найважчих умовах стаціонару ДМП лікувати пневмонії у тяжко поранених в живіт і в груди, добре знаючих догляд за тяжко пораненими ».

Таким чином, виник ще один напрямок військової терапії - вісцеральна патологія у поранених. В період радянсько-фінляндської війни (1939-1940) особливо гостро стало питання про необхідність висококваліфікованого керівництва терапевтичною службою. З цією метою при начальнику медичної служби фронту було створено консультативне бюро, в яке увійшли відомі професори Ленінграда Г. Ф. Ланг, М. І. Аринкіна, Д. О. Крилов, П. І. Єгоров, Н. С. Молчанов, НН Савицький та ін. Цьому бюро була доручена організація консультацій для терапевтів, що працюють на етапах медичної евакуації, керівництво їх діяльністю. Інтенсивна робота військових терапевтів, допомога консультативного бюро дозволили досягти значних успіхів у лікуванні хворих і поранених. Терапевти були залучені до активного лікування поранених в груди, у яких вельми часто спостерігалися ускладнення з боку внутрішніх органів. В деяких терапевтичних стаціонарах, в тому числі і в клініці госпітальної терапії Військово-медичної академії, було організовано відділення для лікування поранених в груди.

У фронтових лікувальних установах розгорталася науково-дослідницька робота, результатом якої став опис клініки і розробка методів лікування пневмоній у поранених в грудну клітку (Н. С. Молчанов), опис клініки бронхіолітів у обморожених (М. Д. Тушинський). Досвід роботи військових терапевтів під час радянсько-фінляндської війни виявив необ-

хідність організаційного оформлення нового розділу військової медицини - військово-польової терапії. Виступаючи на об'єднаному засіданні Московського і Ленінградського терапевтичних товариств в травні 1941 року, начальник ГВСУ Червоної Армії Є. І. Смирнов сказав: «Давним-давно стукає у двері медичних установ нашої країни військово-польова терапія. Треба її пустити, відкрити їй двері, познайомитися з нею уважніше, підняти її на щит пропаганди і нести в усі куточки Радянського Союзу, туди, де готуються молоді лікарські кадри ». Він також визначив цілі і завдання нового розділу військової медицини: вивчення специфічності умов праці та побуту в діючій армії, встановлення єдиних принципів лікування та евакуації, створення єдиної школи, єдиних поглядів на виникнення хворобливих процесів і на методи лікування та профілактики їх, організація терапевтичної допомоги. З цього часу починається другий етап розвитку військово-польової терапії - етап її становлення та оформлення, який припав на роки Великої Вітчизняної війни.

Вступаючи у війну медична служба Червоної Армії не мала чіткої системи надання терапевтичної допомоги пораненим і хворим в умовах великомасштабних бойових дій, ця система створювалася в ході розпочатої війни. Уже в серпні 1941 року вводяться штатні посади головних терапевтів фронтів і армій, інспекторів-терапевтів фронтових та місцевих евакопунктів, на які призначаються провідні терапевти країни В. Х. Василенко, П. І. Єгоров, Н. С. Молчанов, Н. А. Куршаков, С. А. Поспелов, В. М. Новодворский і багато інших. Головним терапевтом Червоної Армії призначається професор М. С. Вовсі, головним терапевтом Військово-Морського Флоту - професор А. Л. М'ясников. Посади лікарів-терапевтів були введені в усі медичні частини і установи, починаючи з військового району - командир госпітального взводу медико-санітарного батальйону, терапевт ХППГ та хірургічного евакогоспіталю. У 1942 році створено терапевтичний польовий рухомий госпіталь (ТППГ), дещо пізніше організовані терапевтичні евакогоспіталі, в яких були спеціалізовані відділення - кардіологічне, пульмонологічне, гастроентеро-

логічне. На високому рівні було організовано лікування хворих в терапевтичному відділенні госпіталю для легкопоранених, на дивізійних медичних пунктах.

Отже, в роки Великої Вітчизняної війни була створена струнка система організації терапевтичної допомоги, що забезпечує її кваліфіковане надання в військовому, армійському і фронтовому тилових районах. Вона базувалася на найсучасніших для того часу науково обґрунтованих положеннях, що стосуються єдиних поглядів на етіологію, патогенез, діагностику та клініку захворювань, єдину систему етапного лікування з евакуацією за призначенням. Ця система себе повністю виправдала: 90,6% хворих повернулося до ладу, звільнення не перевищувало 7%, слабкою була летальність. Вперше в історії воєн питома вага інфекційних хвороб серед інших захворювань виявилася відносно невисокою, не відбувалося і збільшення захворюваності по мірі ведення бойових дій, як це завжди спостерігалось в минулих війнах.

Незважаючи на величезний обсяг практичної лікувально-діагностичної роботи, з перших місяців війни на різних фронтах під керівництвом провідних терапевтів-клініцистів розгорнулася науково-дослідна робота. В короткі терміни була вивчена загальна захворюваність на окремих фронтах і в армії в цілому, були виявлені нові для ряду районів або рідкісні в мирний час захворювання, такі як аліментарна дистрофія, авітамінози, гострі форми гіпертонічної хвороби, відзначено почастищення в умовах війни одних захворювань (гастрит, нефрит, гіпертонічна хвороба та ін.) і уражень інших (бронхіальна астма, ревматизм і ін.), показано своєрідність проявів і перебігу добре відомих захворювань (туберкульоз, виразкова хвороба).

Практично новим розділом, вивченим терапевтами в роки Великої Вітчизняної війни, були внутрішні хвороби у поранених. Досвід роботи військових терапевтів дозволив встановити, що немає поранень, які не супроводжувалися б змінами внутрішніх органів і систем. Справа лише в ступені, час та умови їх проявів. Терапевтами була докладно вивчена гнійно-резорбтивна лихоманка, яка виникала у поранених у відносно пізні терміни після травми,

ранові виснаження, рановий сепсис з різноманітними вісцеральними ураженнями, краш-синдром, пневмонії та ін.

Досвід роботи терапевтів узагальнювався на фронтових і армійських наукових конференціях лікарів-терапевтів, на пленумах вченої медичної ради при начальнику ГВСУ, в медичних журналах. В роки війни було випущено дві збірки наукових робіт терапевтів Західного фронту, чотири - Волховського, дев'ять - Ленінградського і т. д.

В післявоєнний час було видано багатотомну працю «Досвід радянської медицини у Великій Вітчизняній війні 1941 - 1945 рр.». В томах 21-24, 27-30 узагальнено великий досвід роботи терапевтів в період війни, висвітлено нові розділи і напрямки військово-польової терапії. Ця праця з повною очевидністю показує, що під час Великої Вітчизняної війни в Радянській Армії організаційно оформилася чітка система надання терапевтичної допомоги хворим і пораненим, що виражалася в поєднанні дуже ефективних профілактичних і лікувальних заходів, у створенні спеціалізованих терапевтичних лікувальних установ, у встановленні строгого порядку евакуації по призначенню терапевтичних хворих. Все це свідчить про те, що в ході Великої Вітчизняної війни військово-польова терапія остаточно сформувалася як один з найважливіших розділів військової медицини.

Ще відгриміли постріли другої світової війни в Європі, як над японськими містами Хіросімою і Нагасакі (серпень 1945) американці підірвали ядерні боєприпаси, які потягли великі людські жертви. Ці вибухи ознаменували появу нового виду бойової травми - радіаційних уражень, які могли набути масового характеру при застосуванні ядерної зброї. У розвинених капіталістичних державах (США, Англія, Японія та ін.) тривали розробки високотоксичних отруйних речовин і бактеріальних засобів ураження людей. У цих умовах почався третій етап - етап подальшого розвитку військово-польової терапії в умовах реальної можливості використання зброї масового ураження.

Цей період характеризується глибокими та інтенсивними дослідженнями в галузі військово-польової терапії. Стає цілком очевидним, що її роль в умовах сучасної війни різко підвищується у порівнянні навіть з періодом Великої Вітчизняної війни: можливе застосування засобів масового ураження дозволяло припускати, що в такій війні уражені і поранені складуть основну масу санітарних втрат, а соматичні хворі - відносно невелику частку. Таким чином, вперше в історії військової медицини основними контингентами, що підлягають лікуванню в терапевтичних установах, будуть постраждалі від бойової зброї. У цьому контексті військово-польова терапія стає в один ряд з військово-польовою хірургією.

Ці обставини виявили необхідність ретельного вивчення і розробки нових організаційних форм надання терапевтичної допомоги в умовах сучасних війн. В післявоєнні роки були виконані роботи, спрямовані на вивчення променевої хвороби і поразок високотоксичними отруйними речовинами (Н. С. Молчанов, Б. Д. Івановський, Н. А. Куршаков), вироблено єдність поглядів на терапевтичну патологію воєнного часу, розроблено принципи організації терапевтичної допомоги в умовах сучасної війни (Н. С. Молчанов, А. С. Георгіївський, Н. Г. Іванов, О. С. Лобастов та ін.). Отримала подальший розвиток організаційно-штатна структура лікувальних установ відповідно до характеру сучасної бойової терапевтичної патології. Були створені принципово нові госпіталі - військово-польовий терапевтичний (ВПТГ) і військово-польової багатопрофільний (ВПМГ), в яких терапевти отримали можливість на високому рівні здійснювати проведення лікувально-діагностичних заходів, головним чином, у постраждалих від зброї масового ураження.

Поява нового виду санітарних втрат терапевтичного профілю, визначеного як бойова терапевтична патологія, зміна організаційних форм надання терапевтичної допомоги постраждалим від бойової зброї виявили необхідність коригування системи підготовки як керівного складу медичної служби Збройних Сил, так і військових і цивільних лікарів. З 1946 року вводиться систематичний курс військово-польової терапії (з 1943 року короткий курс

військово-польової терапії читався лише на командно-медичному факультеті), а з 1947 року розпорядженням Міністерства охорони здоров'я СРСР вона викладається і студентам цивільних медичних вузів. З кінця 80-х - початку 90-х років XX століття починається четвертий - сучасний період розвитку військово-польової терапії. Він ознаменувався ростом технічних аварій, головною з яких стала аварія на Чорнобильській АЕС, що за масштабами екологічних наслідків перевершила наслідки ядерних бомбардувань японських міст. В цей же час відбувається і докорінна зміна військової доктрини, пов'язана насамперед із зменшенням потенційної можливості розв'язання війни із застосуванням зброї масового ураження, наростанням конфронтації між окремими країнами і цілими регіонами, яка призводить до виникнення локальних конфліктів. Важливою проблемою цього періоду є необхідність знищення величезних запасів хімічної зброї, утилізації ядерних відходів, що відслужили свій термін атомних підводних човнів, електростанцій та ін.

Виходячи з цього, традиційні теоретичні та науково-практичні напрями військово-польової терапії вимагають певного уточнення та розвитку. Так, в умовах локальних воєн, виникнення катастроф і аварій необхідним завданням є розробка системи надання терапевтичної допомоги з урахуванням регіонального та територіального принципів, які враховують наявність можливих джерел аварій та катастроф, локалізацію в конкретному регіоні лікувальних установ, реальність створення штатних і позаштатних мобільних груп надання допомоги в осередках ураження, можливі шляхи евакуації.

У випадках виникнення гострих уражень при організації медичного супроводу хімічного і ядерного роззброєння буде потрібне скорочення етапності терапевтичної допомоги та наближення її до вогнища санітарних втрат.

Важливим завданням військово-польової терапії на сучасному етапі є розробка методів діагностики, профілактики та корекції військово-професійних захворювань, пов'язаних з впливом на організм військовослужбовця малих доз агентів хімічного та фізичного походження. Ще більше значення, ніж в роки Великої Вітчизняної війни, набуває проблема вісцеральної

патології у поранених, що пов'язано з ростом питомої ваги бойових травм, що виникають в результаті вибухових поразок. У зв'язку з цим стає актуальною розробка, вдосконалення та впровадження в практику методів ранньої діагностики пошкоджень внутрішніх органів (струсу, забиття серця, посттравматична міокардіодистрофія, реактивний перикардит, забій легені та ін.) та їх лікування.

Слід, однак, відзначити, що нововведені завдання не роблять менш актуальними традиційні напрямки науково-практичних досліджень, пов'язаних з розробкою нових методів діагностики та лікування гострих уражень іонізуючими випромінюваннями і бойовими отруйними речовинами, вивченням особливостей перебігу соматичних захворювань терапевтичного профілю у воєнний час.

Таким чином, військово-польова терапія, як науково-практична військово-медична дисципліна, продовжує динамічно розвиватися, що сприяє вирішенню головного завдання медичної служби - збереження здоров'я військовослужбовців і підвищення ефективності лікувально-евакуаційних заходів хворим і ураженим терапевтичного профілю.

1.3. ОРГАНІЗАЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ДІЮЧІЙ АРМІЇ

Створена в період Великої Вітчизняної війни (1941-1945). струнка система надання терапевтичної допомоги зіграла, як відомо, важливу роль у поліпшенні результатів лікування хворих і поранених і забезпечила повернення в стрій, 90,6% хворих і 72,3% поранених. Розглядаючи принципи організації терапевтичної допомоги в умовах сучасної війни, слід керуватися засадничими концептуальними установками, що регламентують діяльність військово-медичної служби. До них в першу чергу відносяться уявлення про величину і структуру санітарних втрат терапевтичного профілю, що залежать від таких факторів, як вражаючі властивості засобів ведення війни, стан здоров'я і рівень захворюваності особового складу, клімато-географічні умови театру бойових дій, санітарно-епідеміологічний стан регіону та ін.

Наявність у військових арсеналах ряду країн запасів ядерної, хімічної та інших видів зброї масового ураження, прагнення інших країн до володіння цією зброєю не дозволяють сьогодні повністю виключити можливість застосування деяких видів даної зброї в бойових діях, у тому числі в локальних війнах і збройних конфліктах. Поряд з цим необхідно враховувати, що застосування сучасних видів звичайної зброї (високоточне, лазерне, боєприпаси об'ємного вибуху, запальні суміші) призведе до зростання рівня санітарних втрат терапевтичного профілю за рахунок збільшення кількості закритих ушкоджень головного мозку та внутрішніх органів, хімічних та термічних уражень при об'ємних вибухах і пожежах, зростання числа реактивних станів.

Крім цього, необхідно мати на увазі, що при застосуванні звичайної зброї, а також в результаті диверсійних акцій можливе руйнування об'єктів ядерної енергетики, хімічних підприємств і транспортних ємностей, що містять токсичні хімічні речовини (ТХВ), з виникненням масових уражень особового складу, забрудненням значних територій радіонуклідами і стійкими хімічними речовинами як у зоні бойових дій, так і в тилкових районах.

Таким чином, в умовах сучасної війни зберігається актуальність бойової терапевтичної патології, її суттєва роль в структурі санітарних втрат, у зв'язку з чим, зростає значення організації терапевтичної допомоги хворим і ураженим в діючій армії.

1.3.1. Характеристика бойової терапевтичної патології

Серед особливостей санітарних втрат терапевтичного профілю в сучасних умовах необхідно відзначити, з одного боку, їх зростання, а з іншого - переважання бойових форм уражень (гостра променева хвороба, ураження отруйними речовинами та бактеріологічною зброєю), тобто бойової терапевтичної патології. Соматичні захворювання виникатимуть приблизно з такою ж частотою, як в період ВВВ і в наступних локальних війнах. Поряд з цим, систематичної участі терапевтів потребують діагностика і лікування соматичних захворювань у поранених і обпечених.

У структурі бойової терапевтичної патології найбільшу питому вагу складають гостра променева хвороба і поразки ФОБ. Значна частина санітарних втрат буде припадати на уражених з гострими реактивними станами внаслідок психотравмуючої зброї масового ураження. При проведенні бойових дій на території з великими промисловими комплексами можливе виникнення великого числа отруєних високотоксичними отрутохімікатами, технічними рідинами, компонентами ракетних палив, отруйними димами і монооксидом вуглецю. Можлива поява маловідомих форм бойової терапевтичної патології в результаті застосування противником нових засобів ураження (лазерне, нові різновиди бактеріологічної зброї як результат генної інженерії з мікроорганізмами та ін.).

До особливостей сучасної бойової терапевтичної патології слід віднести:

- Одномоментність виникнення великої кількості санітарних втрат терапевтичного профілю в діючій армії і в тилу країни;
- небезпека для оточуючих деяких форм уражень;
- Комбінований характер уражень (променева хвороба, ураження отруйними речовинами, токсинами в поєднанні з хірургічною патологією);
- Переважання важких уражень, швидке прогресування тяжкості деяких поразок;
- Потреба великого числа уражених і хворих в невідкладній допомозі, в тому числі у відновленні втрачених або підтриманні порушених життєво важливих функцій, тобто в проведенні заходів реанімації та інтенсивної терапії. Серед уражених іонізуючими випромінюваннями в невідкладних заходах першої лікарської допомоги потребує половина, а серед уражених ФОБ і ботулотоксином - більше двох третин, причому в останніх двох групах поразок ця допомога має бути надана в перші дві години;
- Часте виникнення ранніх і пізніх ускладнень, що загрожують життю;
- Потреба в тривалому госпітальному лікуванні значного числа уражених;

- Недостатнє вивчення патогенезу, клініки, діагностики і методів лікування основних видів бойової терапевтичної патології у зв'язку з відсутністю її в умовах мирного часу.

Зміна характеру бойової терапевтичної патології призвело до необхідності удосконалювати організацію та утримання терапевтичної допомоги за наступними напрямками:

- Наближення медичних частин і установ до вогнищ масових санітарних втрат;
- Забезпечення постійної готовності медичних частин і установ до масового прийому уражених і хворих в умовах значного перевантаження основних функціональних підрозділів на всіх етапах медичної евакуації;
- Забезпечення проведення невідкладних заходів більшості уражених і хворих в стислі терміни;
- Починаючи з етапу кваліфікованої медичної допомоги, необхідність розгортання відділень (блоків) реанімації та інтенсивної терапії;
- Необхідність розгортання відділень спеціальної обробки, а також психоізоляторів;
- Необхідність здійснення маневру силами і засобами медичної служби, а також об'ємом медичної допомоги на етапах евакуації;
- Підготовка медичних частин і установ до роботи в умовах протиепідемічного режиму;
- Необхідність захисту медичних частин і установ від зброї масового ураження;
- Наукова розробка і впровадження в практику сучасних методів діагностики і лікування бойових уражень;
- Вдосконалення організаційно-штатної структури медичної служби, а також табельного оснащення;
- Спеціальна підготовка всього особового складу медичної служби з питань бойової терапевтичної патології;

- Медична підготовка особового складу Збройних Сил з акцентом на вивчення індивідуальних засобів медичного захисту, своєчасне надання само-та взаємодопомоги.

1.3.2. Загальні принципи сортування уражених і хворих терапевтичного профілю

Найважливішим організаційним елементом сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів є медичне сортування, основи якої розробив видатний вітчизняний хірург Н. І. Пирогов. Він вперше застосував її в широких масштабах в Кримській війні (1853-1856). «Я вперше ввів сортування на Севастопольських перев'язувальних пунктах і знищив пануючий там хаос. Переконавшись незабаром після мого прибуття в Севастополь, що проста розпорядливість і порядок на перев'язувальному пункті набагато важливіше просто лікарської діяльності, я зробив собі правилом, не втрачати час на тривалу допомогу, не приступати до операцій негайно при перенесенні поранених на ці пункти, не допускати хаотичного скупчення поранених, і зайнятися невідкладним їх сортуванням»- писав великий Пирогов.

Значення медичного сортування безсумнівно зростає в умовах війни з застосуванням зброї масового ураження.

Медичне сортування - це розподіл потоку поранених і хворих на групи за ознакою нужденності в однорідних профілактичних та лікувально-евакуаційних заходах відповідно до медичних показань, встановленим обсягом допомоги на даному етапі і прийнятим порядком евакуації.

Медичне сортування здійснюється виходячи з таких принципів:

- 1) визначення небезпечних для оточуючих;
- 2) визначення потреби в медичній допомозі, місці і черговості її надання;
- 3) можливість та доцільність подальшої евакуації з урахуванням виду транспортних засобів, черговості і способу транспортування, починаючи з етапу кваліфікованої медичної допомоги та евакуаційного призначення.

Розглянемо більш докладно загальні принципи медичного сортування уражених і хворих терапевтичного профілю на етапах евакуації. Вони полягають в наступному:

1. До уражених і хворих, що становлять небезпеку для оточуючих і потребують направлення на санітарну обробку або в ізоляції відносяться:
 - а) уражені стійкими отруйними речовинами (ФОВ, іприти);
 - б) інфекційні хворі та особи з підозрою на інфекційні захворювання;
 - в) хворі з вираженими нервово-психічними порушеннями (психозами);
 - г) особи із забрудненням шкіри і обмундирування радіоактивними речовинами понад гранично допустимого рівня.

Реалізація цього принципу сортування починається санінструктором на сортувальному посту (опитування, індикація ОВ, контроль радіоактивного забруднення) і продовжується лікарем в приймально-сортувальному відділенні. Особи, що не представляють небезпеки для оточуючих, в залежності від метеорологічних умов з сортувального поста направляються на сортувальну площадку або в сортувальну палатку. Особи, які пройшли санітарну обробку, як правило, направляються на сортувальну площадку, в окремих випадках тяжко уражених можна сортувати відразу після спеціальної обробки на чистій половині майданчика або відділення спеціальної обробки.

2. Виділення уражених і хворих, які потребують медичної допомоги на даному етапі. Здійснення цього принципу проводиться лікарсько-сестринськими сортувальними бригадами в сортувально-евакуаційному (приймально-сортувальному) відділенні. В першу чергу виділяються особи, які потребують невідкладної допомоги на даному етапі і визначається функціональний підрозділ, де ця допомога має бути надана, на етапі кваліфікованої медичної допомоги виділяють також осіб, що підлягають направленню в команду видужуючих (легко уражені і легко хворі з термінами лікування 5-10 діб).

До виділення осіб, які потребують тільки догляду і полегшення страждань (безперспективних), на військових етапах евакуації слід поставитися в

цілому негативно. Виняток становлять лише особи з церебральної формою гострої променевої хвороби на етапі кваліфікованої медичної допомоги.

3. Бригадний метод роботи в сортувально-евакуаційному відділенні передбачає проведення сортування з одночасним наданням деяких заходів невідкладної допомоги. До складу бригади входять лікар, медична сестра або фельдшер, реєстратор і 1-2 ланки санітарів. Лікар швидко з використанням фізикальних методів (опитування, огляд, аускультация, пальпація, вимірювання АТ) обстежує хворого, формулює діагноз ураження з оцінкою тяжкості та обліком провідного синдрому (гостра дихальна недостатність, гостра серцево-судинна недостатність, судомний синдром, кома і т. д.), віддає вказівки медичній сестрі з виконання заходів невідкладної допомоги (введення антидотів, протисудомних засобів, очищення порожнини рота і верхніх дихальних шляхів від слизу, оксигенотерапія, штучна вентиляція легень ручним апаратом і т. п.).

Для нетранспортабельних визначається функціональний підрозділ даного етапу, де лікування ураженого має бути продовжено, для транспортабельних - напрямок евакуації, що закріплюється відповідною сортувальною маркою. Реєстратор оформлює паспортну частину медичного документа (первинна медична картка, історія хвороби), записує діагноз і проведені лікувальні заходи, а також реєструють ураженого в книзі обліку поранених і хворих. Санітари доставляють тяжкохворих у відповідний функціональний підрозділ, керуючись прикріпленими до одягу на грудях уражених сортувальними марками. Члени сортувальної бригади повинні працювати злагоджено. Одна сортувальна бригада зазначеного складу за 1 год роботи може провести сортування з наданням невідкладної допомоги в середньому 10 ураженим і хворим терапевтичного профілю. Якщо сортувальна бригада посилюється другою медичною сестрою і реєстратором, то використовуючи спосіб «перекату» - послідовного обслуговування двох уражених - можна збільшити продуктивність бригади в 1,5 рази. При масовому надходженні уражених необхідно посилювати сортувально-евакуаційні відділення сорту-

вальними бригадами з інших функціональних підрозділів даного етапу, менш завантажених в перший період роботи. При цьому необхідно на сортування виділяти найбільш кваліфікований персонал. Створювати ці сортувальні бригади, проводити їх злагодження і тренування необхідно в підготовчий період.

1.3.3. Надання терапевтичної допомоги ураженим і хворим на етапах евакуації

Надання медичної допомоги ураженим і хворим під час війни проводиться на основі системи етапного лікування з евакуацією за призначенням, сутністю якої є поєднання процесу надання медичної допомоги та лікування уражених з їх медичною евакуацією. Основні положення даної системи в сучасному розумінні вперше були сформульовані видатним вітчизняним хірургом професором ВМедА В. А. Оппелем в 1915 році, який запропонував розчленувати медичну допомогу на війні на окремі лікувально-профілактичні заходи, що проводяться послідовно в медичних пунктах та установах (етапах медичної евакуації), розташованих на всьому шляху евакуації. Принципи етапного лікування не були реалізовані в першу світову війну в силу економічних причин. У наступні роки і, особливо, в період Великої Вітчизняної війни ця система отримала організаційне оформлення і подальший творчий розвиток.

Терапевтична допомога ураженим і хворим повинна проводитися з урахуванням швидкоплинності патологічного процесу, швидкості розвитку загрозливих життю ускладнень при ураженні ОВ, токсинами, а іноді й іонізуючими випромінюваннями. Наступна її особливість полягає в необхідності маневрування обсягом проведених заходів, який при масовому надходженні уражених повинен скорочуватися, при цьому допомога може надаватися переважно винятково за життєвими показаннями. Від своєчасності її надання може залежати перебіг і результат уражень. У сучасній системі лікувально - евакуаційного забезпечення особливе значення має спадкоємність і послідовність у проведенні заходів на етапах медичної евакуації, що забезпе-

чується непорушним дотриманням вже згадуваних вище принципів вітчизняної військово-медичної доктрини.

Сучасна система етапного лікування з евакуацією за призначенням включає такі види медичної допомоги: першу, долікарську (фельдшерську), першу лікарську, кваліфіковану, спеціалізовану допомогу та медичну реабілітацію. Перша допомога надається безпосередньо в осередку ураження в найближчому укритті самим потерпілим (самодопомога), товаришем (взаємодопомога), а також молодшим медичним складом (санітарами). Сутність її полягає в проведенні найпростіших заходів, які можуть врятувати життя ураженого або зменшити тяжкість наслідків ураження і попередити розвиток ускладнень. При цьому використовуються індивідуальні засоби медичного захисту особового складу (індивідуальна аптечка, індивідуальний протихімічний пакет), а також засоби з медичної сумки, якою оснащені санітари.

При бойових ураженнях терапевтичного профілю перша допомога включає:

- Надягання протигазу;
- Застосування антидотів при ураженні ОВ;
- Дегазацію заражених ділянок шкіри та прилеглих ділянок обмундирування рідиною індивідуального протихімічного пакета;
- Застосування протиблювотних і знеболюючих засобів;
- Застосування антибіотиків з метою екстреної профілактики уражень бактеріологічною зброєю;
- Очистку верхніх дихальних шляхів від слизу і чужорідних тіл;
- Найпростіші методи штучного дихання;
- Вихід (винесення) ураженого за межі зараженої зони. Долікарська допомога доповнює і розширює заходи першої допомоги, спрямовані на боротьбу з загрозливими для життя розладами, і здійснюється фельдшером або санітарним інструктором в пунктах збору поранених, на медичних постах рот і в медичних пунктах батальйонів з використанням переваж-

но носимого медичного оснащення. Показаннями до її проведення є асфіксія, гостра серцево-судинна недостатність, шок, кома, судоми, тяжкі порушення функції дихання, нестримне блювання, гострі реактивні стани, виражений больовий синдром та ін. Вона включає в себе:

- Повторне введення антидотів за показаннями;
- Введення серцево-судинних, протисудомних, протиблювотних і болезаспокійливих засобів;
- Промивання очей, порожнини рота і носа при підозрі на потрапляння ОВ або РВ;
- Додаткову дегазацію відкритих ділянок шкіри і обмундирування;
- Викликання блювоти (беззондове промивання шлунка);
- Штучну вентиляцію легень з використанням ручного апарату і оксигенотерапію з кисневого інгалятора.

В останні роки даний вид допомоги передбачає при станах, загрожуючих життю (масивна крововтрата, інфекційно-токсичний шок і ін.) введення кровозамінників через пластиковий катетер в периферичну вену.

Перша лікарська допомога ураженим і хворим надається в медичному пункті полку (МПП), а також в медичній роті бригади. Вона передбачає усунення загрозливих для життя розладів в найближчі години з моменту впливу вражаючого фактора, попередження несприятливих ускладнень та підготовку уражених до подальшої евакуації.

Залежно від конкретних умов, по терміновості виконання заходу першої лікарської допомоги діляться на 2 групи:

- Невідкладні, виконання яких обов'язково у всіх умовах бойової обстановки, в тому числі і при масових санітарних втратах;
- Заходи, виконання яких може бути відстрочено без загрози для життя уражених і хворих до моменту їх прибуття на наступний етап евакуації.

Невідкладна допомога здійснюється при станах, що загрожують життю ураженого (при гострій серцево-судинній недостатності, важких розладах

дихання, нестримної блювоти, при судорожному і вираженому больовому синдромі, шоці, комі) або призводять до тяжкої інвалідності (при ураженні очей іпритом).

Група невідкладних заходів першої допомоги включає:

- Часткову санітарну обробку та зміну обмундирування у вступників з во-
гнищ ураження ОВ;
- Очистку порожнини рота і носоглотки від слизу і блювотних мас;
- Введення антидотів, протисудомних, бронходилататорів і протиблювотних
засобів;
- Промивання шлунка через зонд при пероральному отруєнні;
- Неспецифічну профілактику при ураженнях бактеріальними засобами і за-
стосування антитоксичної сироватки при отруєнні бактеріальними токсина-
ми;
- Інгаляцію кисню;
- Проведення штучної вентиляції легенів;
- Кровопускання;
- Ін'єкції серцево-судинних засобів, дихальних аналептиків, знеболюючих,
десенсибілізуючих та інших медикаментів;
- Застосування очних мазей і лікарських плівок при ураженні очей ОВ шкір-
но-навивної дії;
- При радіаційних ураженнях: внутрішньовенне введення розчинів електро-
літів і низькомолекулярних кровозамінників (гемодез) з метою детоксикації;
використання коштів, купіруючих первинну променеву реакцію, показано
лише при нестримній блювоті. В останньому випадку рекомендується також
проведення зондового промивання шлунка. Друга група заходів першої лі-
карської допомоги включає: призначення різних симптоматичних лікарських
засобів при станах, що не представляють загрози для життя ураженого. Ско-
рочення обсягу першої лікарської допомоги проводиться за вказівкою вищо-
го медичного начальника за рахунок відмови від виконання заходів другої
групи.

Кваліфікована терапевтична допомога ураженим і хворим надається лікарями-терапевтами омедб (омед). Вона має на меті усунення важких, загрозливих життю наслідків уражень (асфіксія, судоми, колапс, набряк легенів) або гостро виникаючих невідкладних станів при захворюваннях (гіпертонічний криз, ангінозний статус, напад бронхіальної астми і т. П.), Профілактику ймовірних ускладнень і боротьбу з ними для забезпечення подальшої евакуації уражених і хворих. Заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги по терміновості її надання також поділяються на 2 групи:

- Невідкладні заходи;
- Заходи, виконання яких може бути відкладено.

Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю ураженого або хворого (кома, гостра серцево-судинна недостатність, ангінозний напад, складні порушення ритму серця, напружений пневмоторакс, гостра дихальна недостатність, анурія, печінкова і ниркова кольки, нестримне блювання з різким зневодненням, судомний і бронхоспастический синдроми та ін.), а також при станах різкого психомоторного збудження, нестерпного свербіжу при іпрітних ураженнях або при ураженнях, із загрозою інвалідності (тяжке ураження очей іпритом та ін.).

До невідкладних заходів кваліфікованої терапевтичної допомоги належать:

- Повна санітарна обробка уражених стійкими ОВ і осіб, які мають забруднення шкіри радіонуклідами вище гранично допустимого рівня;
- Застосування антидотів при ураженнях ОВ, а також специфічної лікувальної сироватки при ураженнях ботулінічним токсином;
- Введення серцево-судинних, антиаритмічних засобів і кровозамінюючих рідин при гострій серцево-судинній недостатності і різних порушеннях серцевого ритму;
- Застосування дихальних аналептиків і проведення штучної вентиляції легенів з використанням дихальних автоматів при тяжких порушеннях дихання;
- Оксигенотерапія у випадках вираженої гіпоксії;

- Купірування больових нападів, тяжких алергічних реакцій, вираженої блювоти, судом, бронхоспазму;
- Боротьба з гострою нирковою недостатністю;
- Застосування транквілізаторів, нейролептиків, седативних засобів при гострих реактивних станах;
- Призначення протисвербіжних та седативних засобів при поширених іпрітних дерматитах;
- Використання специфічних засобів при ураженні очей ОВ;
- Комплексні лікувальні заходи при попаданні всередину отруйних, радіоактивних та інших токсичних речовин;
- За наявності можливостей проведення екстракорпоральної детоксикації (гемосорбція, плазмаферез) при радіаційних ураженнях і ураженнях ОВ.

До числа заходів другої групи належать:

- Застосування симптоматичних лікарських засобів при станах, що не представляють загрози для життя;
- Введення антибіотиків з профілактичною метою при ураженні ОВ і іонізуючими випромінюваннями.

При несприятливій обстановці обсяг кваліфікованої терапевтичної допомоги скорочується до проведення невідкладних заходів.

Після проведення сортування та надання нужденним невідкладної допомоги з сортувально-евакуаційного відділення етапу кваліфікованої медичної допомоги уражених направляють:

- У відділення анестезіології та реанімації - для виведення з коми, шоку, проведення інтенсивної терапії при гострій дихальній недостатності, набряку легень;
- В госпітальне відділення - для надання відповідної допомоги і лікування при колаптоїдних станах, судорожному і бронхоспастичному синдромах;
- В команду видужуючих - для остаточного лікування легко уражених з термінами одужання до 10 сут (НЦД без порушень ритму, гострий бронхіт, функціональний розлад шлунка, ГРЗ, грип, ангіна, обмежений піодерміт, реакти-

вний невроз легкого ступеня, ураження ТХВ задушливої дії легкого ступеня, містична і діспноетичена форми уражень ФОБ, гострі перегрівання або переохолодження легкого ступеня);

- В евакуаційну - для підготовки до евакуації в лікувальні установи госпітальних баз фронту.

Терміни нетранспортабельності уражених і хворих становлять 2-3 діб; при евакуації авіаційним транспортом вони можуть бути істотно скорочені до декількох годин - однієї доби.

Евакуація з етапу кваліфікованої медичної допомоги уражених і хворих терапевтичного профілю проводиться за такими напрямками.

В терапевтичні госпіталі (ВПТГ):

- Уражені іонізуючими випромінюваннями (ГПХ) II-IV ступеня, за винятком церебральної форми;
- Уражені ОВ середнього та важкого ступеня з переважанням загальнотоксичних проявів та уражень внутрішніх органів (пневмонія, трахеобронхіт, міокардіодистрофія, гепатопатія, нефропатія);
- Уражені бактеріальними токсинами середнього та важкого ступеня з вираженими соматичними та неврологічними проявами;
- Терапевтичні хворі, які потребують стаціонарного лікування з дотриманням постільного режиму на термін більше 15 діб;
- Контужені без ознак ушкодження кісток черепа і з ускладненнями з боку внутрішніх органів.

В неврологічні госпіталі (ВПНГ) підлягають евакуації уражені із закритою травмою головного мозку, ЛОР-контужені, з гострими реактивними станами, які вимагають спеціалізованого лікування у психіатра, з психоневрологічними розладами після впливу ОВ або токсинів. В цей госпіталь надсилаються також хворі неврологічного профілю (неврити, захворювання периферичної нервової системи) і психіатричні хворі.

В інфекційний госпіталь (ВППГ) евакуюються всі інфекційні хворі, які потребують госпітальному обстеженні та лікуванні. В терапевтичне відділення ВПГЛР підлягають евакуації:

- Уражені іонізуючими випромінюваннями (ГПХ) I ступеня при наявності клінічних проявів періоду розпалу;
- Легко уражені ОВ (невротична форма уражень ФОР, іпрітних ларинготрахеїти і обмежені еритематозно-бульозні дерматити);
- Соматичні хворі (нейроциркуляторна дистонія, загострення хронічного бронхіту, гастриту і т. П.);
- Неврологічні хворі (неврити, радикуліти легкого ступеня);
- Дерматологічні хворі.

В терапевтичні відділення ВПМГ підлягають евакуації потерпілі з комбінованими радіаційними поразками з ведучим променевим синдромом, а також уражені ОВ в поєднанні з пораненням при переважанні першого компонента. Всі інші форми комбінованих уражень направляються в хірургічні відділення ВПМГ. В ВПХГ (відділення для обпалених) евакуюють уражених з поширеними іпрітних бульозної-некротичними дерматитами.

В ВПСХГ для поранених в голову, шию і хребет евакуюють уражених іпритом з важкими ушкодженнями очей.

Спеціалізована терапевтична допомога включає комплекс лікувально-діагностичних заходів, виконуваних фахівцями терапевтами (терапевтами-токсикологами, терапевтами-радіологами), а також інфекціоністами, невропатологами, психіатрами, дерматовенерологами, фтизіатрами, які мають спеціальний лікувально-діагностичне оснащення, в спеціально призначених лікувальних установах госпітальних баз фронту . Даний вид допомоги передбачає остаточне і повне купірування гострих проявів бойової терапевтичної патології, ранню діагностику ускладнень і наслідків бойових уражень, спеціалізоване лікування в повному обсязі і реабілітацію уражених і хворих.

До основних методів спеціалізованого лікування уражених і хворих терапевтичного профілю належать забезпечення постільного режиму, дієтично-

го харчування, етіопатогенетичного та симптоматичного медикаментозного лікування різних захворювань, виконання фізіотерапевтичних процедур та лікувальної фізкультури, продовження антидотної, дезінтоксикаційної і симптоматичної терапії при ураженнях ОВ і ТХВ, диференційоване застосування компонентів крові, гемостатичних засобів, профілактика і лікування інфекційних проявів при радіаційних ураженнях, а також трансплантація кісткового мозку, гемосорбція, перитонеальний діаліз, тривала оксигенотерапія і штучна вентиляція легенів, корекція порушень кислотно-основного та електролітного балансу та ін. Відмінною особливістю даного виду допомоги є повний обсяг проведених лікувальних заходів, здійснюваний до остаточного результату захворювання (ураження). Деякі заходи спеціалізованої терапевтичної допомоги можуть здійснюватися в передових польових або стаціонарних установах кваліфікованої допомоги. З цією метою необхідно здійснювати їх посилення відповідними групами фахівців з оснащенням для надання елементів ранньої спеціалізованої терапевтичної допомоги.

При цьому можуть використовуватися сучасні рентгенологічні, ультразвукові, ендоскопічні, лабораторні методи діагностики, а також складні лікувальні процедури (гемосорбція, плазмаферез, гемодіаліз, гіпербарична оксигенація та ін.) при різних видах терапевтичної патології.

Окремим видом медичної допомоги виділена медична реабілітація - комплекс організаційних, лікувальних, медико-психологічних і військово-професійних заходів для відновлення бое- і працездатності уражених і хворих, яка здійснюється в процесі комплексного лікування в кожному госпіталі.

При наявності відповідної можливості завершення реабілітації може бути проведено в ВПГЛР, куди переводяться з цією метою видужуючі уражені і хворі. Виділяють первинний і вторинний контингент реабілітації. Первинний контингент - це легко уражені і легко хворі, щоб їх у ВПГЛР з етапу кваліфікованої медичної допомоги. Вторинний контингент реабілітації - це уражені і хворі середнього та важкого ступеня, що отримали лікування в

установах госпітальної бази, після чого для відновного лікування перекладні в ВПГЛР або у військовий санаторій.

Комплекс реабілітації повинен включати в себе, поряд з медикаментозною терапією загальноукріплюючого плану (вітаміни, адаптогени, актопротектори, анаболіки і ін.), дієтотерапію і широке застосування лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичних методів, механо-і трудотерапії з урахуванням професійної приналежності військовослужбовців, а також фізичну, стройову, бойову, спеціальну, морально-психологічну підготовку з метою максимально повного відновлення трудо-і боєздатності.

1.3.4. Особливості організації терапевтичної допомоги в локальних війнах і збройних конфліктах

Локальна війна - обмежений військовий конфлікт за участю двох країн із застосуванням, як правило, угруповань збройних сил мирного часу.

Збройний конфлікт - одна з форм розв'язання національно-етнічних, релігійних та інших некорінних протиріч всередині однієї держави шляхом збройної сутички незначного масштабу із застосуванням регулярних або іррегулярних збройних формувань, з відсутністю акта формального оголошення війни. Необхідно враховувати, що будь-яка локальна війна може перерости в великомасштабну.

Особливостями локальних воєн, що впливають на організацію медичного забезпечення, є:

- Можливість розширення масштабу бойових дій, небезпека нанесення бойових ударів, здійснення диверсійних акцій по всій території країни;
- Широкий діапазон тривалості бойових дій (від декількох діб до декількох років);
- Циклічність і інтенсивність бойових дій, і в силу цього різне співвідношення санітарних втрат пораненими і хворими в окремі періоди війни;
- Можливість застосування поряд зі звичайною зброєю зброї масового ураження (хімічного, в тому числі тимчасово виводить з ладу, а також тактичної ядерної зброї);

- Можливість руйнування об'єктів хімічної і ядерної промисловості, а також транспортних ємностей, що містять ТХВ;
- Залучення угруповань військ різної відомчої приналежності, що вимагає координації системи управління ними;
- Особлива чутливість населення воюючих сторін до людських втрат.

Медичне забезпечення військ в локальних війнах і збройних конфліктах ґрунтується на системі етапного лікування з евакуацією за призначенням, для реалізації якої потрібно:

- Своєчасна підготовка територіальної системи медичної служби у відповідності з поставленими завданнями;
- Оперативне обладнання території прикордонних військових округів, особливо в районах можливих збройних конфліктів з метою створення необхідної воєнно-медичної інфраструктури для вирішення задач медичного забезпечення, особливо в початковий період бойових дій;
- Створення угруповань медичної служби, що включають підрозділи, частини та установи медичної служби різних міністерств, видів і родів військ;
- Створення в округах мобільних підрозділів і частин високого ступеню готовності (загонів або груп посилення), призначених для вирішення раптово виникаючих завдань, посилення угруповань медичної служби в зоні збройного конфлікту;
- Максимальне наближення усіх видів медичної допомоги до ураженого, пораненого, хворого;
- Ешелонування сил і засобів медичної служби у зв'язку із збільшеною глибиною бойових порядків з'єднань в таких операціях;
- Застосування маневрених форм збройної боротьби, часом малими групами на ізольованих напрямках, потребує посиленої уваги до оснащення особового складу засобами надання першої допомоги, посилення медичної служби батальйонів лікарями і середнім медичним персоналом з відповідним оснащенням та медичними транспортними засобами.

Система організації медичної допомоги в локальних збройних конфліктах передбачає наявність кількох ешелонів.

Перший ешелон - заходи від першої допомоги до першої лікарської; вони забезпечуються медичною службою бригад, полків.

Другий ешелон - заходи кваліфікованої медичної допомоги, здійснювані в омедб.

Третій ешелон - заходи спеціалізованої медичної допомоги, здійснювані частково (при наявності груп посилення), в основному - в базових госпіталях округу і центру.

При організації лікувально-евакуаційних заходів не є правилом обов'язкове проходження уражених і хворих через всі три ешелони; переважно хворих з першого ешелону в оптимальні терміни авіаційним транспортом направляти в спеціалізовані медичні установи, де вони могли б отримати достатню медичну допомогу. Але в реальних умовах часто необхідний етап кваліфікованої медичної допомоги.

Крім спеціаліста-терапевта і відповідного оснащення необхідні також умови для здійснення кваліфікованої терапевтичної допомоги, які забезпечують можливість проведення трьох кардинальних заходів:

- Повна санітарна обробка, після чого уражені, що представляють небезпеку для оточуючих, перестають бути такими, з них знімається захисне обмундирування, протигаз, що забезпечує можливість здійснення спостереження за їх станом і проведення комплексу лікувальних заходів;
- Тимчасова госпіталізація нетранспортабельних на 1-2 доби для проведення інтенсивної терапії з метою виведення їх з цього стану (судомний синдром, гостра дихальна недостатність, гостра серцево-судинна недостатність, нестримне блювання, больовий синдром, гіпертонічний криз і т. П.), Для чого необхідно госпітальне відділення;
- Виділення потоку легко уражених і легко хворих з термінами лікування до 10-15 діб для залишення їх на даному етапі до одужання і повернення до лав.

Як вже вказувалося, дуже важливим заходом є виділення контингентів, які потребують невідкладної допомоги, та визначення функціонального підрозділу етапу, де ця допомога буде надана, а починаючи з етапу кваліфікованої медичної допомоги - виділення контингентів нетранспортабельних і, отже, потребують в тимчасовій госпіталізації і проведенні інтенсивної терапії. При визначенні критеріїв нетранспортабельності слід керуватися не стільки нозологічним, скільки синдромологічним принципом.

До нетранспортабельних необхідно відносити уражених і хворих з наступними клінічними синдромами:

- Гостра дихальна недостатність II-III ступеня (виражений бронхоспазм, токсичний набряк легенів, парез і параліч дихання, масивний випітний плеврит, двостороння зливна пневмонія, напружений пневмоторакс);
- Гостра серцево-судинна недостатність (циркуляторний колапс, серцева астма; кардіогенний набряк легенів);
- Тяжкі порушення серцевого ритму і провідності (пароксизмальна тахікардія, пароксизмальна тахісistolічна форма миготливої аритмії, повна атріовентрикулярна блокада, часті політопні, групові та ранні екстрасистоли);
- Судомний синдром;
- Коматозний стан;
- Нестримне блювання;
- Некупірований больовий синдром (стенокардія, інфаркт міокарда, печінкова і ниркова колька та ін.);
- Важкий гіпертонічний криз.

Торкаючись організації спеціалізованої терапевтичної допомоги, необхідно вказати, що в умовах локальної війни вона може здійснюватися в гарнізонних госпіталях першого ешелону, дислокованих в зоні відповідальності, госпіталях округу і тилу країни, а також в розгорнутих польових рухомих шпиталях єдиної госпітальної бази і підрозділяється на два види - рання спеціалізована та спеціалізована допомога.

Виділення ранньої спеціалізованої допомоги по відношенню до хворих і уражених терапевтичного профілю в умовах локального конфлікту виправдане, і її слід розуміти в таких аспектах:

1. Евакуація хворих і уражених з етапу першої лікарської допомоги безпосередньо в госпіталь, де буде проведено весь комплекс лікувально-діагностичних заходів.
2. Остаточне сортування хворих і уражених на етапі кваліфікованої медичної допомоги із застосуванням сучасних ультразвукових, ендоскопічних, лабораторних, електрофізіологічних методів діагностики.
3. Розширення обсягу терапевтичної допомоги за невідкладними показаннями з метою якнайшвидшої підготовки до евакуації нетранспортабельних хворих і уражених.
4. Проведення ранньої патогенетичної терапії хворим і ураженим шляхом застосування сучасних методів лікування - гіпербаричної оксигенації, екстракорпоральної гемосорбції.

У зв'язку з вищевикладеним, а також враховуючи структуру санітарних втрат, доцільно сформувати групи посилення з висококваліфікованих фахівців центральних лікувальних установ країни, оснащені сучасним обладнанням і медикаментами за наступними напрямками: ендоскопія, ультразвукова діагностика, лабораторна справа, радіологія, токсикологія, гіпербарична оксигенація, екстракорпоральна детоксикація. Таким чином, три з чотирьох аспектів ранньої спеціалізованої допомоги передбачають функціонування груп посилення на базі етапів кваліфікованої медичної допомоги - омедеб.

Медичний загін спеціального призначення є новим формуванням, створеним на базі окружних військових госпіталів. Загін призначений для розгортання в зоні бойових дій об'єднаного угруповання військ (ОГВ) військового округу в умовах локального (в тому числі прикордонного) збройного конфлікту, а також в період ліквідації наслідків стихійних лих, великих аварій і катастроф поблизу вогнищ масових санітарних втрат, з метою надання постраждалим і хворим кваліфікованої медичної допомоги, їх тимчасової госпіталі-

зації, лікування та підготовки до евакуації в лікувальні установи Збройних Сил, та інших відомств для подальшого остаточного лікування та реабілітації.

Основними підрозділами є: приймально-сортувальне відділення, хірургічне відділення, госпітальне відділення, лабораторне відділення, рентгенівський кабінет, медичний взвод у складі медичного відділення та відділення санітарної обробки. Крім того, до його складу входять медичні групи (спеціалізовані групи посилення): загальнохірургічна, травматологічна, опікова, токсикорадіологічна, психоневрологічна, інфекційних хвороб, призначені для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим в залежності від виду катастрофи (стихійного лиха) і структури санітарних втрат.

Планування медичного забезпечення бойових дій в локальному військовому конфлікті в частині, що стосується надання спеціалізованої медичної допомоги контингентам хворих терапевтичного профілю, повинно передбачати розміщення госпіталів з термінами лікування до 30 сут на невеликому видаленні від місця ведення бойових дій (не далі 150 км). Доцільність такого розміщення обумовлюється можливістю якнайшвидшого повернення хворих і уражених після видужання в стрій, тоді як евакуація їх в тиллові райони цю ймовірність значно зменшує.

Наведений вище порядок надання спеціалізованої медичної допомоги хворим оптимальний для регіонів з відносно високою щільністю розміщення госпіталів і є близьким до ідеального. Якщо ж щільність розміщення військово-медичних установ порівняно мала, то потрібно їх посилення шляхом додаткового розгортання на цій території установ госпітальної бази мирного часу і, зокрема, багатопрофільного військово-польового терапевтичного госпіталю, що забезпечує високий рівень лікувально-діагностичних заходів.

У структурі госпіталю слід передбачити організацію кабінету ультразвукової діагностики, ендоскопії, еферентних методів терапії. Лабораторне відділення доцільно оснастити сучасною автоматизованою апаратурою для підрахунку формених елементів крові, проведення біохімічних аналізів, дос-

лідження імунологічного статусу хворих; кабінет функціональної діагностики - апаратами для моніторного спостереження за функцією серцево-судинної системи та ін.

Лікувально-евакуаційної характеристики основних форм уражень і захворювань терапевтичного профілю в умовах локальної війни. В першу чергу зупинимося на оптимальних (середніх) термінах лікування. Терміни лікування до 10-15 сут мають хворі з наступними нозологічними формами:

- Нейроциркуляторна дистонія без порушень ритму серця;
- Бронхіт гострий;
- Функціональний розлад шлунка;
- ГРЗ, грип, ангіна;
- Піодерміти обмежені;
- Неврози реактивні легкого ступеня;
- Ураження ТХВ задушливої дії легкого ступеня (ринофарингіт);
- Перегрівання чи переохолодження гостре легкого ступеня.

Є очевидним, що хворі із зазначеною патологією повинні лікуватися на етапі кваліфікованої медичної допомоги (омедб дивізії, медичний загін спеціального призначення) з поверненням до військових лав. Хворі та уражені з термінами лікування до 30 діб повинні лікуватися в гарнізонному госпіталі першого ешелону. До даної категорії відносяться хворі з наступними нозологічними формами:

- НЦД з порушеннями ритму серця;
- Гіпертонічна хвороба I-II стадії;
- Стенокардія напруги I-III ФК без недостатності кровообігу;
- Міокардит інфекційно-алергійний;
- Бронхіт хронічний у фазі загострення;
- Пневмонія;
- Гастродуоденіт і виразкова хвороба дванадцятипалої кишки;
- Дистрофія алиментарная і гіповітамінози;
- Пієлонефрит гострий;

- Поліартрит реактивний;
- Дизентерія гостра;
- Кір, вітряна віспа, холера, малярія;
- Гонорея гостра;
- Еритема вузлувата, екзема гостра;
- Закрита травма (струс) головного мозку без виражених клінічних проявів;
- Реактивні неврози і психози середньої тяжкості;
- Периферичні неврити;
- Ураження ТХВ задушливої дії середньої тяжкості (трахеобронхит);
- Гостра променева хвороба легкого ступеня (в період розпалу).

Малоперспективні для повернення до військових лав уражені і хворі терапевтичного профілю з термінами лікування більш 30 сут підлягають госпіталізації в тиллові лікувальні заклади округу і країни. Сюди слід віднести хворих з такими захворюваннями:

- Інфаркт міокарда;
- Гіпертонічна хвороба III стадії;
- Хронічні неспецифічні захворювання легень з легенево-серцевою недостатністю II-III ступеня;
- Бронхіальна астма важкого перебігу;
- Хронічний активний гепатит, цирози печінки;
- Неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона;
- Хронічне захворювання ШКТ з занепадом харчування та больовим синдромом (хронічні ентероколіти, панкреатити);
- Гломерулонефрит гострий із затяжним перебігом;
- Хронічний дифузний гломерулонефрит;
- Хвороби сполучної тканини;
- Системні захворювання крові (гемобластози, лімфоми, гіпопластичні і гемолітичні анемії);
- За захворювання ендокринної системи (цукровий діабет, тиреотоксичний зоб та ін.);

- Затяжні форми вірусного гепатиту;
- СНІД;
- Туберкульоз легенів в активній формі;
- Важкі форми екземи, псоріазу, атопічного дерматозу;
- Енцефаломієлополірадикулоневрити;
- Затяжні форми реактивних неврозів і психозів;
- Важкі психічні захворювання (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, епілесія);
- Важкі соматичні та неврологічні ускладнення гострих екзогенних інтоксикацій;
- Гостра променева хвороба середнього та важкого ступеня.

Важливе значення для надання адекватної медичної допомоги ураженим і хворим поряд з медичною підготовкою всього особового складу Збройних Сил з акцентом на питання само-та взаємодопомоги має спеціальна підготовка медичного складу з військово-польової терапії.

Таким чином, дотримання принципів організації надання терапевтичної допомоги хворим, здійснення взаємодії фахівців терапевтичного та хірургічного профілів, у тому числі з раннього виявлення та лікування вісцеральних ускладнень у поранених, вдосконалення спеціальної підготовки лікарів-терапевтів має сприяти своєчасному і якісному вирішенню завдань з організації терапевтичної допомоги в локальній війні.

1.3.5. Медична документація

Наступність і послідовність у проведенні лікувально-евакуаційних заходів можуть бути досягнуті за умови чіткого ведення медичної документації, що дозволяє медичному персоналу знати про стан поранених і хворих на попередніх етапах медичної евакуації та проведених лікувально-профілактичних заходах. В цьому відношенні найбільше значення мають документи персонального медичного обліку (первинна медична картка та історія хвороби). Первинна медична картка заповнюється на всіх поранених, уражених і хворих, які вийшли зі строю на термін не менше однієї доби, при

першому наданні їм лікарської допомоги. В госпіталі первинну медичну картку заводять тільки на тих уражених і хворих, які надходять сюди, минаючи попередні етапи медичної евакуації і не підлягають лікуванню в даному госпіталі, а після надання медичної допомоги або без такої будуть евакуйовані в інші лікувальні установи. У медичній картці зазначають найменування медичного пункту (установи), що видає картку, анкетні дані пораненого чи хворого, час поранення (захворювання), діагноз, надана медична допомога, порядок, спосіб і черговість евакуації. Діагноз повинен відображати характер ураження, період, ступінь тяжкості, а по можливості і ведучий синдром ураження.

Заповнена картка є юридичним документом, оскільки вона засвідчує факт поранення чи захворювання і, отже, дає право на евакуацію в тил. Заповнений корінець картки залишається в даному медичному пункті і використовується як звітний документ. Картка підписується лікарем, завіряється печаткою частини і разом з ураженим чи хворим (в лівій кишені верхнього одягу або закріпленої на пов'язці) направляється на наступний етап евакуації. По краях картки маютья відривні кольорові смуги. Червона смуга призначена для інформації наступного етапу медичної евакуації про потребу у невідкладної допомоги, жовта - про необхідність проведення повної санітарної обробки, синя - свідчить про радіаційне ураження, а чорна - про необхідність ізоляції ураженого (хворого) при інфекційному захворюванні або психічному розладі. Зворотний бік медичної картки використовується для записів про проведених лікувальних заходах на наступних етапах медичної евакуації. Заповнення картки продовжується до тих пір, поки не заводиться історія хвороби, в останньому випадку картка вклеюється в історію хвороби. Первинна медична картка пораненого чи хворого, залишеного для лікування в команді видужуючих МПП (терміном не більше 5 діб), використовується як історія хвороби, при цьому динаміка захворювання щодня відзначається на звороті картки.

Первинні медичні картки на всіх поранених і хворих, вибулих з визначеним результатом (повернуті в частину, померли) і що не мали історії хвороби, не пізніше ніж через місяць пересилаються через начальника медичної служби в архів.

Історія хвороби ведеться в госпіталі - на всіх госпіталізованих, в омедб (омед) - на тимчасово госпіталізованих по нетранспортабельності, а також на легкопоранених і хворих команд видужуючих з термінами лікування до 10 діб, в лазаретах медичних пунктів частин - на поранених і хворих з терміном лікування більше 5 діб. Історія хвороби заводиться один раз і ведеться до визначення результату. При евакуації поранених в інший лікувальний заклад історію хвороби направляють разом з ураженням в евакуаційному конверті. В історії хвороби лаконічно викладаються скарги, анамнез, дані об'єктивного дослідження, чітко формулюється діагноз, відзначається динаміка захворювання та результати лікування. Дані додаткових методів дослідження (лабораторних, ЕКГ і т. п.) також доцільно вписувати в історію хвороби, щоб уникнути їх втрати.

Після визначення результату лікування ураженого (хворого) в історії хвороби складається епікриз, в якому окрім основних даних про перебіг ураження, лікування і результати вказується скільки етапів евакуації пройшов уражений, скільки днів минуло з моменту поразки, стан в момент виписки, придатність до військової служби. Історія хвороби підписується лікуючим лікарем, начальником відділення, а потім начальником медичної частини лікувального закладу.

Після складання документів медичної звітності лікувальних установ закінченні історії хвороби пересилаються в архів.

Крім цих документів в медичних пунктах та установах ведуться документи групового обліку: книга обліку поранених і хворих, призначена для реєстрації всіх, хто надійшли на даний етап, а також для обліку осіб, що потребують систематичного лікарського нагляду, книга обліку переливання кро-

ві та кровозамінників. У лабораторії ведеться книга обліку лабораторних досліджень. Всіх госпіталізованих реєструють в алфавітній книзі.

При виписці в частину пораненим видають довідки про поранення, захворювання. Єдина медична документація значною мірою сприяє реалізації наступності та послідовності проведених лікувально-діагностичних заходів на етапах евакуації та забезпеченню єдності і безперервності системи етапного лікування. На закінчення вважаємо за необхідне ще раз підкреслити важливість твердого знання кожним військовим лікарем принципів організації медичної допомоги ураженим і хворим терапевтичного профілю в умовах сучасної війни.

VI. Перелік контрольних питань

1. Яка система медичного забезпечення військ на сучасному етапі в період ведення бойових дій.
2. Що таке система лікувально-евакуаційного забезпечення.
3. Що включає в себе система лікувально-евакуаційного забезпечення.
4. Які принципи лежать в основі сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення.
5. Які функціональні підрозділи розгортаються на етапах медичної евакуації.
6. Що таке медичне сортування.
7. Які види медичного сортування ви знаєте.
8. Які напрямки медичного сортування.
9. Який вид медичної допомоги надає санітарний інструктор роти.
10. Яка мета проведення евакуаційно-транспортної сортування.

Тести для самоконтролю

1. Що таке система лікувально-евакуаційного забезпечення:
 - а) послідовне і спадкоємне проведення пораненим необхід-екпортувати лікувально-профілактичних заходів на полі бою і етапах евакуації в поєднанні з

їх евакуацією до лікувальних установ, які забезпечують надання вичерпної медичної допомоги та повноцінне лікування;

б) надання медичної допомоги пораненим і хворим у військово-медичних частинах та установах;

в) проведення евакуації поранених з поля бою в лікувальні установи.

г) інженерну підготовку доріг, по яких буде проводитися евакуація поранених;

д) проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних МЕРО-приємств у військах

2. Який вид медичної допомоги надає стрілець-санітар:

а) першу медичну допомогу;

б) долікарську медичну допомогу;

в) першу лікарську допомогу;

г) кваліфіковану медичну допомогу;

д) спеціалізовану медичну допомогу.

3. Який вид медичної допомоги надають в медичний пункт батальйону лікарського складу:

а) першу лікарську допомогу;

б) долікарську медичну допомогу;

в) першу медичну допомогу;

г) кваліфіковану медичну допомогу;

д) спеціалізовану медичну допомогу.

4. Який вид медичної допомоги надають в медичний пункт батальйону фельдшерського складу:

а) долікарську медичну допомогу;

б) першу лікарську допомогу;

в) першу медичну допомогу;

- г) кваліфіковану медичну допомогу;
- д) спеціалізовану медичну допомогу.

5 Який вид медичної допомоги надають в медичний пункт бригади:

- а) першу лікарську допомогу;
- б) долікарську медичну допомогу;
- в) першу медичну допомогу;
- г) кваліфіковану медичну допомогу;
- д) спеціалізовану медичну допомогу.

6. Які етап медичної евакуації ви знаєте:

- а) МПБ (медичний пункт батальйону) в обороні, ОМО (окремий медичний загін), військовий госпіталь;
- б) пост санітарного транспорту, ОМО, військовий госпіталь;
- в) МПБ в наступі, ОМО, військовий госпіталь;
- г) медичний пост роти, пост санітарного транспорту, МПБ, ОМО, військовий госпіталь;
- д) медпункт полку.

7. Що таке етап медичної евакуації:

- а) сили і засоби медичної служби, розгорнуті на шляхах медичної евакуації, що забезпечують приймання, медичне сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування і підготовку їх за показаннями до подальшої евакуації;
- б) сили і засоби медичної служби, розгорнуті в тилівій зоні, що забезпечують приймання, медичне сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги та їх лікування;
- в) сили і засоби медичної служби, розгорнуті на шляхах медичної евакуації, призначені для проведення евакуації поранених і хворих в тил;

- г) надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих, підготовка їх до евакуації;
- д) збір, вивіз, винос поранених з поля бою і проведення евакуації поранених на наступний етап.

8. Що таке медичне сортування:

- а) розподіл поранених і хворих на групи за ознаками нужденності в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах;
- б) розподіл поранених і хворих на групи по тяжкості поранення;
- в) розподіл всіх поступивших на етап на поранених і хворих;
- г) виділення з потоку поранених потребують надання медичної допомоги;
- д) надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих, підготовка їх до евакуації.

9. Де проводиться медичне сортування:

- а) у всіх функціональних підрозділах всіх етапів медичної евакуації;
- б) тільки в приймально-сортувальних (сортувально-евакуаційних підрозділах) всіх етапів медичної евакуації;
- в) у всіх функціональних підрозділах догоспітальних етапів медичної евакуації;
- г) тільки в приймально-сортувальних (сортувально-евакуаційних підрозділах) догоспітальних етапів медичної евакуації;
- д) на полі бою.

10. Хто такі «нетранспортабельні поранені»:

- а) поранені, які мають протипоказання до евакуації;
- б) легкопоранені, транспортування яких далі недоцільна;
- в) поранені, залишені на даному етапі для остаточного лікування;
- г) поранені, які відмовляються від подальшої евакуації;

д) поранені небезпечні для оточуючих.

VI. Література.

Основна:

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., Солярик 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.

Додаткова:

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.