

КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКАЯ ПОЛИТЕХНИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Лекция

Военно-полевая хирургия (Хирургия катастроф)



1. Основы оказания хирургической помощи раненым и больным.

2. Эвакуация раненых и пострадавших по назначению.

3. **ПЛАН ЛЕКЦИИ:** Медицинская реабилитация.

Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения направлена на проведение раненым и пораженным последовательных и преемственных лечебно-профилактических мероприятий на этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией по назначению в специализированные лечебные учреждения в соответствии с медицинскими показаниями и конкретными условиями обстановки.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

В основе системы лежит военно-медицинская доктрина, в которую включены следующие положения военно-полевой хирургии:

- максимальное сокращение сроков и этапов медицинской эвакуации и создание условий для одномоментного оказания исчерпывающей хирургической помощи раненым;

- допустимость изменений установленного объема хирургической помощи в лечебных учреждениях в зависимости от боевой и медицинской обстановки;

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ.

- сохранение единого подхода к лечению огнестрельной раны: ранняя антибиотико-профилактика и ПХО, закрытие ран преимущественно первичным отсроченным швом;

- придание приоритетного значения неотложным медицинским мероприятиям, лечению шока и кровопотери на всех этапах медицинской эвакуации;

- четкая организация, преемственность и последовательность в оказании хирургической помощи, особенно при сочетанных и множественных ранениях;

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

- широкая специализация хирургической помощи с приданием первостепенного значения неотложной специализированной помощи;
- приближение неотложной специализированной хирургической помощи к раненым и больным;
- проведение оценки тяжести ранения и состояния раненого с выделением критериев прогноза.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Система этапного лечения представляет собой единый процесс лечения и эвакуации раненых. Раненые последовательно доставляются в медицинские подразделения, части и лечебные учреждения, которые называются этапами медицинской эвакуации. Под **этапом медицинской эвакуации** понимают силы и средства медицинской службы, развернутые на путях эвакуации с задачей приема, сортировки раненых, оказания им медицинской помощи, проведения лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации нуждающихся в ней. Этапами медицинской эвакуации являются: МПП, медицинские роты бригад (полков), ОМедБ, ОМО, МОСН, лечебные учреждения ГВ, тыловые госпитали МЗ РФ.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Организация медицинской помощи раненым в системе этапного лечения с эвакуацией по назначению характеризуется расчленением (эшелонированием) медицинской помощи и лечебных мероприятий. То есть, единый процесс оказания медицинской помощи и лечения, осуществляемый в мирное время в одном лечебном учреждении, в военных условиях разделен на отдельные лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в нескольких местах и в разное время и именуемые **видами медицинской помощи**. Выделяются следующие виды медицинской помощи: **первая помощь, доврачебная, первая врачебная, квалифицированная и специализированная медицинская помощь.**

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Первая помощь - это комплекс мероприятий, направленных на временное устранение причин, угрожающих жизни раненого, и предупреждение развития тяжелых осложнений. Она оказывается в порядке само- и взаимопомощи, а также санитарями или другими медицинскими работниками на поле боя (в очаге поражения) или в ближайшем укрытии с использованием преимущественно индивидуальных средств оснащения. Данный вид помощи включает следующие **основные мероприятия**:

- освобождение из-под завалов, вынос или вывоз из очагов пожара, с местности, зараженной радиоактивными, отравляющими веществами и бактериальными средствами;

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

- тушение горячей (тлеющей) одежды и зажигательной смеси, попавшей на кожу;
- временную остановку наружного кровотечения;
- устранение асфиксии;
- инъекцию раствора анальгетика;
- наложение асептической повязки на рану;
- иммобилизацию поврежденной области;
- введение через рот таблетированного антибиотика;
- восстановление проходимости дыхательных путей посредством механической очистки полости рта и носоглотки, введение воздуховода;
- наложение теплоизолирующих повязок при холодовых поражениях.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Доврачебная помощь - комплекс медицинских мероприятий, направленных на поддержание жизненно важных функций организма и предупреждение тяжелых осложнений. Она оказывается фельдшерами и санитарными инструкторами в пунктах сбора раненых, на медицинских постах рот, медицинских пунктах батальонов с использованием преимущественно носимого медицинского оснащения.

Доврачебная помощь дополняет мероприятия первой помощи и включает проверку и при необходимости исправление наложенных жгутов, повязок, шин или их накладывание, если это не было сделано раньше.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

В обязательном порядке проводится ранняя инфузионная терапия раненым с признаками тяжелой кровопотери. Санитарный инструктор должен осуществлять искусственную вентиляцию легких ручным дыхательным аппаратом, а фельдшер - выполнить коникотомию с помощью специального коникотома. При ожогах накладываются асептические повязки из табельных перевязочных средств. В тех случаях, когда обожжено лицо и поражены верхние дыхательные пути, поддерживают их проходимость путем насильственного раскрытия рта и введения воздуховода. При общем перегревании кладут на голову холодный компресс или лед.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

При химических ожогах производят обильное обмывание пораженной области большим количеством воды. Вслед за обмыванием водой используют химические нейтрализующие средства: при ожогах кислотой - 2-3% раствор бикарбоната натрия, при поражении щелочью - 2-5% раствор уксусной или лимонной кислоты.

При холодовых поражениях согревают конечности «на протяжении» теплыми грелками, уложенными в проекции бедренных или плечевых сосудов. При отсутствии или резком ослаблении дыхания у раненого с общим охлаждением (замерзанием) проводят ИВЛ, ингаляцию кислорода, удаляется слизь и кровь из верхних дыхательных путей с помощью отсоса.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Первая врачебная помощь - комплекс обще-врачебных мероприятий, направленных на ослабление (при возможности - устранение) последствий ранений, угрожающих жизни раненого, предупреждение развития осложнений или уменьшение их тяжести и подготовку нуждающихся к дальнейшей эвакуации. Оказание первой врачебной помощи обеспечивается силами и средствами медицинских пунктов (рот) частей и соединений.

По срочности оказания мероприятия первой врачебной помощи разделяются на две группы:

1) **Неотложные мероприятия первой врачебной помощи:**

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

- временная остановка наружного кровотечения (в том числе и тампонада раны) и контроль за ранее наложенными жгутами;
- устранение асфиксий всех видов (в том числе с применением трахео- и коникотомии);
- наложение герметических повязок при открытом пневмотораксе;
- пункция плевры или торакоцентез при клапанном пневмотораксе;
- введение обезболивающих средств и выполнение новокаиновых блокад при шоке;
- вливание кровезаменителей, а иногда эритроцитной массы при большой кровопотере и тяжелом шоке;

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

- катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочи;
- отсечение конечности, висящей на лоскуте;
- устранение недостатков транспортной иммобилизации при угрозе развития шока или при уже развивающемся шоке;
- введение антибиотиков парентерально или внутрь;
- специальные мероприятия при комбинированных радиационных и химических поражениях.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

К числу мероприятий первой врачебной помощи, выполнение которых **может быть отсрочено**, относится:

- устранение недостатков транспортной иммобилизации, не угрожающих развитием шока;
- новокаиновые блокады при повреждениях конечностей без выраженных явлений шока;
- введение антибиотиков в окружность раны.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Квалифицированная хирургическая помощь - комплекс хирургических и реанимационных мероприятий, направленных на устранение угрожающих жизни раненого последствий ранений, поражений и заболеваний, предупреждение развития осложнений, подготовку к эвакуации по назначению. Она оказывается хирургами общего профиля и анестезиологами-реаниматологами в полевых лечебных учреждениях передового района. Основное ее содержание:

- 1) устранение жизнеугрожающих последствий боевых травм;
- 2) предупреждение развития тяжелых осложнений;
- 3) подготовка раненых к дальнейшей эвакуации.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Мероприятия квалифицированной хирургической помощи по срочности их выполнения делятся на **три группы**: неотложные, срочные и отсроченные. При проведении расчетов достаточно говорить о сокращенном (неотложные и срочные мероприятия) и полном объеме квалифицированной хирургической помощи.

Объем лечебных мероприятий и выбор метода хирургического вмешательства определяется не только медицинскими показаниями, но и боевой обстановкой, количеством поступающих раненых, наличием и квалификацией врачей, особенно хирургов, на медицинских этапах, обеспеченностью санитарно-транспортными средствами и медицинским имуществом, а также временем года.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Неотложные хирургические вмешательства (первая очередь) выполняются при следующих нарушениях:

1. Асфиксия, механическая закупорка дыхательных путей, челюстно-лицевые повреждения с угрозой развития асфиксии. Объем вмешательства: трахеостомия и обеспечение адекватной вентиляции легких.

2. Острые расстройства дыхания при проникающих ранениях груди с клапанным или открытым пневмотораксом, гемотораксом, ранением сердца. Объем: торакоцентез, дренирование плевральной полости либо торакотомия, хирургическая обработка и ушивание раны грудной стенки.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

3. Травматический шок, вызванный массивным наружным или внутренним кровотечением, повреждением внутренних органов. Объем вмешательства: окончательная остановка кровотечения (торакотомия, лапаротомия, удаление поврежденного органа или его частичная резекция).

4. Травматический шок при обширных повреждениях мышц, тяжелых переломах, глубоких ожогах более 20% поверхности тела. Объем вмешательства: хирургическая обработка ран, некротомия, иммобилизация переломов кости (гипсовая лонгета, в ряде случаев - стержневым аппаратом), при отрывах конечности - ампутация.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

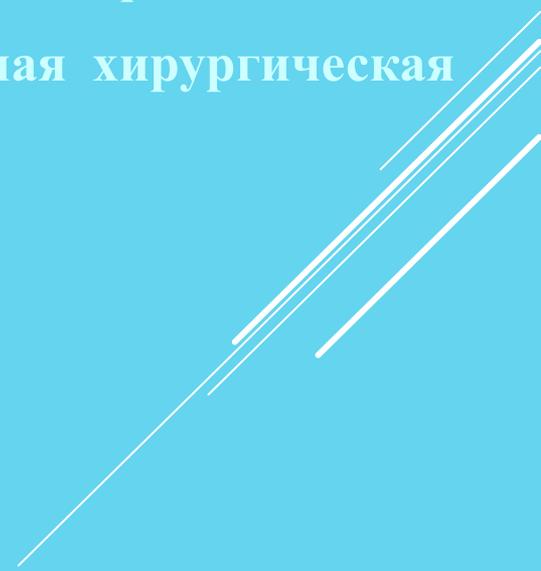
Ко *второй группе* относятся срочные мероприятия (вторая очередь), которые выполняются для предупреждения развития тяжелых осложнений ранения. При этом проводится и полный комплекс интенсивной терапии. Эти мероприятия осуществляются при следующих боевых травмах:

1. Проникающие ранения и закрытые повреждения живота, внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря и прямой кишки - лапаротомия,
2. Проникающие ранения грудной клетки, не сопровождающиеся асфиксией - торакоцентез, дренирование плевральной полости.
3. Ранение магистральных сосудов - временное шунтирование или шов сосуда, лигатура.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

4. Ранения таза с внебрюшинным ранением прямой кишки - наложение колостомы в левой подвздошной области и дренирование параректального пространства.
5. Повреждение внебрюшинного отдела мочевого пузыря, уретры - наложение цистостомы, дренирование паравезикального пространства.
6. Раны со значительным разрушением мягких тканей, длинных трубчатых костей, крупных суставов, зараженные ОВ или РВ - ПХО.
7. Раны с признаками анаэробной инфекции – вторичная хирургическая обработка или ампутация сегментов конечностей.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

8. Ишемический некроз конечности - ампутация.
 9. Тяжелая сочетанная травма с повреждением длинных трубчатых костей и костей таза - остеосинтез аппаратами внешней фиксации.
 10. Ожоги менее 20% поверхности тела - первичная хирургическая обработка, некротомия.
- 

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

К *третьей группе* относятся **отсроченные мероприятия** (**третья очередь**). Они включают хирургические мероприятия, которые могут быть вынуждено отсрочены, что угрожает развитием ряда осложнений. Опасность их проявления может быть уменьшена применением антибиотиков. Данные мероприятия проводятся при следующих боевых травмах:

1. Ранения мягких тканей при умеренных разрушениях - первичная хирургическая обработка ран.
2. Менее тяжелые переломы и вывихи – иммобилизация транспортной шиной.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

3. Травмы глаз - введение в толщу нижнего века антибиотиков и дексозона, удаление инородных тел, лечебная повязка.

4. Челюстно-лицевая травма, не сопровождающаяся асфиксией, - обработка ран, наложение пластиночных швов, лигатурное связывание зубов при переломе нижней челюсти.

5. Ожоги с поражением менее 20% по-верхности тела - первичная обработка (туалет).

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Для определения лечебной тактики необходимо четко формулировать **диагноз**. В военно-полевой хирургии диагноз боевой хирургической травмы состоит из трех частей. **Первая** - морфологическая характеристика ранения, описывающая его тяжесть, характер и локализацию. **Вторая** - характеристика жизнеугрожающих последствий ранения (асфиксия, наружное или внутреннее кровотечение, сдавление головного мозга, пневмоторакс, ишемия конечности и т.д.). **Третья** – клиническая характеристика тяжести состояния раненого: травматический шок, острая дыхательная недостаточность, травматическая кома.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Специализированная хирургическая помощь - комплекс диагностических, хирургических и реаниматологических мероприятий, проводимых в отношении раненых и пораженных с применением сложных методик, использованием специального оборудования и оснащения в соответствии с характером, профилем и тяжестью ранения (поражения, заболевания). Оказывается врачами-специалистами в специально предназначенных для этих целей военно-лечебных учреждениях (отделениях). Она может также оказываться в передовых (стационарных или полевых) учреждениях, усиленных для этих целей группами специалистов и оснащенных необходимым имуществом и оборудованием.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

В современных условиях значение специализированной хирургической помощи в системе этапного лечения раненых существенно возросло. В первую очередь это связано с постоянным увеличением доли тяжелых множественных и сочетанных ранений в структуре современной боевой хирургической травмы, при которых единственно возможным организационным решением спасения жизни раненых является приближение к ним специализированной помощи. Это положение реализуется в организации неотложной специализированной хирургической помощи уже в военном полевом хирургическом госпитале или МОСН путем придания специализированных хирургических групп ОСМП.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ:

Госпитальная база единой организации имеет в своем составе военные полевые госпитали:

- один ВПНХГ на 300 коек для раненых в голову, шею и позвоночник;
- один ВПТАГ на 300 коек для раненых в грудь, живот и таз;
- два ВПТРГ по 300 коек для раненых в конечности;
- один ВПОЖГ на 300 коек для обожженных;
- два ВПГЛР – по 750 коек для лечения легкораненых;
- один ВПМГ – по 300 коек;
- три ВПХГ по 300 общехирургических коек.

ЭВАКУАЦИЯ:

Эвакуация раненых представляет сложный, длительный, нередко достаточно травматичный процесс. При этом большинству раненых не может быть оказана исчерпывающая помощь в ранние сроки, и поэтому ее приходится оказывать поэтапно в строго необходимом объеме и с сохранением преемственности в ходе всего процесса лечения. В ходе этапного лечения в полевых условиях одинаково ошибочно невыполнение объема помощи, связанное с угрозой возникновения жизненно опасных осложнений, или, наоборот, выполнение излишних лечебных мероприятий, затрудняющих дальнейшую транспортировку раненого и снижающих ее переносимость.

ЭВАКУАЦИЯ:

Подготовка раненых к эвакуации включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление и стабилизацию жизненно важных функций, создание поврежденным органам и тканям условий, исключающих возможность развития осложнений в процессе эвакуации. Они сводятся к интенсивной терапии раненых и лечению поврежденных органов и тканей до уровня, безопасного для эвакуации. В значительной мере эти мероприятия определяются характером, тяжестью и локализацией ранения.

При оценке показаний к эвакуации следует ориентироваться на общее состояние раненых и на состояние поврежденных органов и тканей.

ЭВАКУАЦИЯ:

Особое место при оценке показаний к эвакуации отводится раненым в голову с повреждением головного мозга. Следует помнить, что раненые с повреждением головного мозга без операции переносят эвакуацию лучше, чем после операции. Таких раненых не следует задерживать на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи для проведения диагностических мероприятий и дегидратационной терапии. Нарушение сознания и очаговая неврологическая симптоматика не являются противопоказанием к эвакуации.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ:

Это комплекс организационных, лечебных, медико-психологических мероприятий, проводимых в отношении раненых с целью поддержания и восстановления их бое- и трудоспособности. Она осуществляется на всех этапах медицинской эвакуации. Легкораненые с короткими сроками лечения (до 10 дней) задерживаются до полного выздоровления в омедб и омедр, раненые со сроками лечения от 10 до 60 дней - в госпиталях ГБ, в том числе – в ВПГЛР; раненые, срок лечения которых превышает 60 дней, а также увольняемые из Вооруженных Сил - в ТГМЗ.

МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Медицинская реабилитация может быть **этап-ной и заключительной.** Задачами медицинской

реабилитации является восстановление анатомических структур поврежденных тканей, нарушенных органов и систем, что осуществляется путем применения консервативных (физиотерапия, лекарства, лечебная физкультура) и хирургических методов. Они проводятся по реабилитационным программам в соответствии с периодами раневого процесса, имеющими особенности при ранении каждой области тела и органа, и основываются на принципах максимально раннего начала лечебно-восстановительных мероприятий, комплексности, динамическом врачебном контроле за ответными реакциями организма.