

5. Рыков С.А. Заболеваемость, распространенность отальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине / С.А. Рыков, О.П. Витовская, Г.И. Степанюк // Новости глаукомы. – 2009. – № 1. – С. 34–35.

6. Рыков С.А. Заболеваемость, распространенность отальмопатологии и инвалидность вследствие нее в Украине / С.А. Рыков, О.П. Витовская, Г.И. Степанюк // Новости глаукомы. – 2009. – № 2. – С. 34.

Опыт работы глаукомного кабинета клиники амбулаторной помощи

Т.А. БИБИК, В.В. ТРЕТЬЯК

Резюме. Проанализирована работа глаукомного кабинета клиники амбулаторной помощи Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» МО Украины на протяжении 10 лет, показаны основные достижения. Установлено, что при совместной работе с врачами общей практики – семейной медицины эффективность диагностики и лечения глаукомы значительно возрастает.

Ключевые слова: глаукома, клиника амбулаторной помощи, лечение, профилактика.

Work experience of the glaucoma department in the ambulatory clinic

T. BIBIK, V. TRETIAK

Summary. The paper deals with the analysis of work of glaucoma department in the ambulatory clinic of the Main Military Clinical Hospital in the period of 10 years and shows the main achievements. It has been established that cooperation with general practitioners significantly increases the efficiency of diagnostics and treatment of glaucoma.

Key words: glaucoma, ambulatory clinic, treatment, prevention.

УДК 356.33:355.18

Лікувально-евакуаційне забезпечення легкопоранених і легкохворих в сучасних збройних конфліктах

О.Ю. БУЛАХ

Резюме. У статті розглянуто принципові моменти організації лікувально-евакуаційного забезпечення легкопоранених і легкохворих у збройних конфліктах. Зроблено висновок, що легкопоранені та легкохворі є численною групою санітарних втрат і резервом для поповнення діючих військ після лікування і реабілітації, тому їх потрібно лікувати в межах операційної зони. Значну роль у визначенні тактики і принципів їх поетапного лікування відводять головним медичним фахівцям.

Ключові слова: лікувально-евакуаційне забезпечення, легкопоранений, легкохворий, санітарні втрати.

Із позицій сучасної військово-медичної доктрини легкопораненими (ЛП) вважають осіб, що отримали легку механічну, термічну, радіаційну або іншу травму, тимчасово втратили боєздатність і працездатність, але зберегли здатність до самообслуговування, та лікування яких може бути завершено протягом 2 міс [5].

Досвід організації медичного забезпечення військ (сил) у минулих збройних конфліктах свідчить, що питанням організації лікування та евакуації ЛП треба приділяти увагу, оскільки кількість таких поранених завжди була досить значною. Водночас цей контингент можна повернути до строю в найкоротші терміни, що має державне значення і зумовлює актуальність даного дослідження.

Метою дослідження є вивчення окремих організаційних питань та пошук шляхів удосконалення лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) категорії ЛП у збройних конфліктах.

Матеріали та методи

Дослідження охоплює аналіз відкритих літературних наукових джерел, розрахункові дані, отримані в ході навчань, результати моделювання ЛЕЗ військ у можливих збройних конфліктах. Методи дослідження: історичний, аналітичний, статистичний, математичного (комп'ютерного) моделювання.

Результати дослідження та їх обговорення

ЛП у роки Великої Вітчизняної війни (1941–1945) становили 35% загальної кількості поранених, а легкохворі (ЛХ) – 53,5% від усіх хворих. Загалом із загальної кількості санітарних втрат до строю було повернуто майже 17 млн осіб, ЛП і ЛХ при цьому становили понад 11 млн (відповідно 7,4 і 4 млн) [1].

У роки Великої Вітчизняної війни вперше було здійснено нормативно-правове створення передумов для організації лікування ЛП і ЛХ до повного одужання в межах армійського і фронтового тилкових районів шляхом формування штатів госпіталів для ЛП (ГЛП), терапевтичних госпіталів (ТППГ) і вказівок по організації лікування цієї категорії пацієнтів.

Загалом ліжковий фонд ГЛП у 1942–1945 рр. становив 36,5% загального ліжкового фонду. По даним Е.А. Нечаєва, у період Великої Вітчизняної війни було повернуто до строю 92,7–93,8%, звільнено 5,7%, померли – 0,5% ЛП [2].

За даними літератури, ЛП у структурі санітарних втрат у різних збройних конфліктах можуть становити від 30 до 62% [3]. Відповідно до

сучасних положень військово-медичної доктрини, лікування ЛП має тривати протягом не більше ніж 30–40 діб [2, 4].

Одним із принципів чинної системи ЛЕЗ є першочергове надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показаннями, а також тяжкопораненим і тяжкохворим. Інші категорії поранених і хворих проходять передові етапи медичної евакуації (ЕМЕ) переважно без необхідної медичної допомоги. Надання медичної допомоги ЛП унеможлиблює і практика медичного сортування цієї категорії «без зняття пов'язки». Внаслідок цього до ГЛП потрапляли до 10–20% непрофільних поранених, понад 30% ЛП не отримували хірургічної допомоги і переходили до категорії поранених середньої тяжкості та навіть до категорії тяжкопоранених [1].

Проблема організації надання медичної допомоги і лікування ЛП і ЛХ не втрачає свого значення і в сучасних умовах. Потік ЛП і ЛХ визначають головним чином на етапі кваліфікованої медичної допомоги (КМД) для подальшого їх направлення у ВПГЛП у складі госпітальної бази (ПГБ). Сюди ж направляють непрофільних поранених і хворих із сортувального госпіталю (ВПСГ) та інших спеціалізованих госпіталів ПГБ або військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ).

Аналіз бойових ушкоджень у ЛП за досвідом бойових дій в Афганістані (1979–1989), Чеченській Республіці (1994–1996, 1999–2002) свідчить, що до цієї групи належать до 40 різних за типом і локалізацією травм. З них до 2/3 віднесені до категорії поранень, а 1/3 – до закритих пошкоджень [2]. До категорії ЛХ також можна віднести відповідних хворих майже за усіма класами хвороб.

Структура ЛП за локалізацією поранень м'яких тканин у лікувальних закладах за досвідом війни в Афганістані (1979–1989), є такою: поранення голови – 15,7%, шиї – 1,8%, грудей – 7,8%, живота – 4,7%, таза – 3,8%, кінцівок – 64,7%, поєднані – 1,5% випадків [2]. При цьому експерти відмічають, що 45,1% ЛП могли б закінчити лікування в командах видужуючих (КВ) у військовій ланці (без направлення у ВПГЛП). Не менше ніж у 80% ЛП термін лікування не перевищував 30 діб.

Дані структури ЛП свідчать про найбільшу поширеність поранень кінцівок (64,7%) і м'яких тканин голови. Серед ЛП у голову 41,3% можуть закінчити лікування в термін до 10 діб, а ще 13,1% – до 30 діб. Експерти рекомендують, щоб усіх поранених у голову обов'язково оглядав нейрохірург для виявлення тих, хто потребує евакуації до нейрохірургічного відділення одного зі спеціалізованих госпіталів.

Досвід медичного забезпечення військ (сил) у минулих війнах свідчить, що найбільш раціональною слід визнати 2- і 3-етапну систему лікування ЛП поблизу районів бойових дій. Такий підхід дозволяє

збільшити кількість тих поранених і хворих, які повернулися до строю, і зменшити серед них летальність і звільнення. Розподілення ЛП за термінами лікування в Афганістані показано в таблиці 1.

Залежно від термінів і місця лікування експерти виділяють 3 медико-тактичні групи: 1) із термінами лікування до 10 діб (залишаються у військовому районі); 2) із термінами лікування до 20 діб (проходять лікування в армійському районі); 3) із термінами лікування до 45 діб (проходять лікування в тиловому районі). Отже, до 95% ЛП і ЛХ можуть закінчити лікування і повернутися до строю в межах ВМКЦ (операційної зони). В.Т. Івашкін рекомендує зараховувати до ЛХ пацієнтів з термінами одужання до 20 діб [7].

Таблиця 1

Розподіл легкопоранених за термінами лікування [1]

Характер травми	Терміни лікування				
	До 10 діб	11–20 діб	21–30 діб	31–45 діб	Більше 45 діб
Поранення, %	41,1	32,0	12,8	8,1	6,0
Закриті пошкодження, %	31,2	43,6	13,7	7,9	3,6
Опіки, %	36,4	42,0	10,4	7,7	3,5
У середньому, %	37,7	36,1	13,1	8,0	5,1

Аналіз повернення поранених до строю показує, що серед таких у терміни до 60 діб ЛП становили 50–56%, а після лікування в спеціалізованих хірургічних госпіталях – 23,2% (загалом у терміни до 60 діб повернулися 73,5% поранених). З них поранені в голову становили 22,4%, поранені в торакоабдомінальні ділянки – 13,5%, поранені травматологічного профілю – 31,2%, загальнохірургічного профілю – 32,9% випадків [2].

Подібні дані отримано і в локальних війнах останніх десятиліть. В армії США в період війни у В'єтнамі з 303 616 поранених легкі поранення мали 150 316 осіб (49,5% випадків). Лікували їх переважно в армійських госпіталях і в центрах одужуючих. У 40-й армії за період війни в Афганістані ЛП становили 50,3%, причому 56% поранених закінчили лікування на етапі надання кваліфікованої хірургічної допомоги [6].

Виходячи з даних таблиці 1, можна змодельовати розподіл санітарних втрат (СВ) ЛП і ЛХ у можливому збройному конфлікті за термінами лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Варіант розподілу легкопоранених і легкохворих за термінами лікування в оборонній операції армійського корпусу протягом 15 діб

Терміни лікування	Частка ЛП і ЛХ, %	Кількість, осіб*
До 10 діб	37,7	1040
10 – 20 діб	36,1	1012
21 – 30 діб	13,1	366
31 – 45 діб	8,0	226
> 45 діб	5,1	167
Всього	100,0	2811

Примітка. * У розрахунках ЛП (бойові СВ) становили 35% від усіх поранених, або 2392 осіб, ЛХ (небойові СВ) – 53,5% від усіх хворих, або 419 осіб.

Варіант розподілу досліджуваної категорії СВ між ЕМЕ за структурою та відповідно до даних, отриманих експертами (Бадюк М.І., 2009), наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Варіант розподілу легкопоранених і легкохворих за етапами медичної евакуації в оборонній операції армійського корпусу протягом 15 діб

Категорії ЛП і ЛХ	Медичні роти		ВППГ		ПГБ***	
	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.
<i>Бойові СВ (2392), зокрема</i>	48,7*	254	60,5*	315	71,9*	991
– нейрохірургічні	11,2	58	13,3	69	14,7	201
– стоматологічні	3,2	17	3,7	19	4,1	57
– торакоабдомінальні	9,8	51	11,6	60	12,9	176
– травматологічні	28,4	148	33,6	175	37,1	509
– термічні	2,7	14	3,2	17	3,5	48
<i>Не бойові СВ (419), зокрема</i>	51,3**	266	39,5**	205	28,1**	387
– загальнотерапевтичні	31,5	164	25,9	135	13,3	185
– інфекційні та дерматологічні	8,8	46	4,8	25	7,2	101
– нейрохірургічні	1,8	9	0,9	47	3,2	44
– загальнохірургічні	2,4	13	2,7	14	0,5	8
– травматологічні	0,2	10	0,2	10	0,1	3
– психоневрологічні					2,6	36
– торакоабдомінальні					0,4	6
– стоматологічні					0,3	4

Примітки.

* Частка бойових СВ (усереднені значення).

** Частка небойових СВ (усереднені значення).

*** Терміни лікування в Медр, ВППГ – до 10 діб, в ВПГЛП – 30 діб.

Досвід минулих збройних конфліктів показує, що відновлення боєздатності ЛП розподіляється так: з термінами лікування до 10 діб – 5–10%, від 10 до 20 діб – 40–45%, від 20 до 30 діб – 30–35%, від 30 до 60 діб – 20% випадків [6].

Тактика лікування ЛП і ЛХ передбачає початок їх лікування фельдшером (лікарем) медичного пункту батальйону (МПБ), лікарем медичного пункту полку (МПП), де виділяється група амбулаторних поранених і хворих. На рівні надання КМД (Медр, ВППГ, ВМГ) залишаються поранені та хворі, лікування яких може бути закінчено протягом 10 діб. У найближчому гарнізонному або багатoproфільному ВГ в операційній зоні (ГВГ, ВПБГ) лікування може бути продовжено до 15–20 діб. Кінцевим етапом евакуації ЛП і ЛХ є ВПГЛП, де проводять комплексне лікування поранених і хворих з термінами лікування 30–45 діб, а також їх реабілітація. Медичну реабілітацію ЛП рекомендовано проводити в КВ медичних рот бригад і військових польових (мобільних) госпіталів, ВПГЛП, а також у Центрах медичної реабілітації (як правило, на базі санаторіїв). Поранені та хворі з термінами одужання понад 30 діб можуть бути направлені в лікувальні заклади територіальної госпітальної бази МОЗ України.

Проведений аналіз свідчить, що для розміщення категорії ЛП і ЛХ при застосуванні військ у зоні відповідальності ВМКЦ потрібно передбачити у військовому районі понад 1000 ліжок (у КВ медичних рот і ВППГ), а також близько 1400 ліжок у ВПГЛП. Якщо немає розгорнутої ПГБ, доцільно розгорнути ВПГЛП за рахунок стаціонарних лікувальних закладів ВМКЦ або мобілізаційного резерву в операційній зоні. З урахуванням специфіки інфекційних хворих (кількість яких за умовами моделювання становитиме понад 100 осіб) їх доцільно госпіталізувати в інфекційний ВГ (ВППГ) також в межах ВМКЦ (операційної зони). Сучасна система ЛЕЗ передбачає залучення в інтересах військ наявної мережі військових і цивільних лікувальних закладів, які потрібно готувати заздалегідь, у мирний час.

Висновки

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення легкопоранених і легкохворих має базуватися на наведених нижче принципових положеннях.

1. Легкопоранених виділяють у самостійний потік, починаючи з медичних рот бригад (за обставинами – з медичного пункту полку): на цьому рівні повертаються до строю поранені з поверхневими пошкодженнями, забоями, підшкірними гематомами, які не вимагають складних лікарських втручань.

2. Лікування переважної більшості легкопоранених і легкохворих (до 80–85% їх кількості) проводять у спеціалізованих закладах (ВПГЛП) у межах операційної зони (зони відповідальності військово-медичних клінічних

центрів). Потребують подальшого удосконалення і обґрунтування штати підрозділів для легкопоранених і легкохворих (команди видужуючих тощо).

3. Оптимальними термінами надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги легкопораненим є 6–9 год, а легкохворим – 6–12 год з моменту поранення (захворювання). Остаточне сортувальне призначення легкопоранені та легкохворі можуть отримати у ВПБГ, де їх уперше може оглянути спеціаліст за профілем (нейрохірург, офтальмолог, ЛОР-спеціаліст, щелепно-лицевий хірург та інші спеціалісти).

4. В умовах масового надходження поранених на передові етапи медичної евакуації треба надавати кваліфіковану хірургічну допомогу лише тим, хто потребує її за життєвими показаннями, а також легкопораненим, здатним у найкоротші терміни повернутися до строю [3]. Медичне сортування легкопоранених доцільно здійснювати зі зняттям пов'язок, за необхідності – під рентгенівським контролем.

5. Легкопоранені та легкохворі повинні, по можливості, отримувати повний курс медичної реабілітації з метою найскорішого відновлення професійних навичок. Доцільно виділяти групу легкопоранених і легкохворих з термінами одужання до 20 (30) діб для їх реабілітації у військовому районі (в межах операційної зони).

6. Медична служба повинна передбачати можливість розгортання військово-польових госпіталів для легкопоранених в операційній зоні з використанням стаціонарних військових і цивільних лікувальних закладів, розташованих на основних евакуаційних напрямках поблизу району збройного конфлікту, з направленням до них груп медичного підсилення з відповідним оснащенням.

Література

1. Белевитин А.Б. К истории организации лечения легкораненых в военное время / А.Б. Белевитин, А.М. Шелепов, С.И. Леоник // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 11. – С. 73–81.

2. Нечаев Э.А. Некоторые организационные аспекты лечения легкораненых в современной войне / Э.А. Нечаев, Г.К. Максимов, В.К. Агапов, Ю.С. Голов // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 7. – С. 4–7.

3. Нечаев Э.А. Некоторые организационные аспекты лечения легкораненых в современной войне / Э.А. Нечаев [и др.]. // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 3. – С. 4–7.

4. Шевченко Ю.Л. Принципы дифференцированного похода к оказанию медицинской помощи и лечению легкораненых в военное время / Ю.Л. Шевченко, И.А. Ерюхин // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 7. – С. 8–12.

5. Указания по военно-полевой хирургии / ЦВМУ МО СССР. – М., 1988. – С. 207–211.

6. Брюсов П.Г. Организация хирургической помощи легкораненым на этапах медицинской эвакуации / П.Г. Брюсов // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 8. – С. 13–17.

7. Ивашкин В.Т. Организация терапевтической помощи легкобольшим и легкопоражёнными / В.Т. Ивашкин // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 8. – С. 18–24.

**Лечебно-эвакуационное обеспечение легкораненых и легкобольных
в современных вооруженных конфликтах**

О.Ю. БУЛАХ

Резюме. В статье акцентируется внимание на организации лечебно-эвакуационного обеспечения легкораненых и легкобольных в вооруженных конфликтах. Сформулирован вывод о том, что легкораненые и легкобольные являются многочисленной группой санитарных потерь и резервом для пополнения действующих войск после лечения и реабилитации, и потому они должны лечиться в пределах операционной зоны. Существенная роль в определении тактики и принципов их поэтапного лечения принадлежит главным медицинским специалистам.

Ключевые слова: лечебно-эвакуационное обеспечение, легкораненый, легкобольной, санитарные потери.

**Treatment-evacuation providing slightly wounded and easily sick
in the modern armed conflicts**

O. BULAKH

Summary. In the article attention is accented on organization of the treatment - evacuation providing slightly wounded and easily sick in armed conflicts. A conclusion is formulated that slightly wounded and easily sick are the numerous group of sanitary losses and reserve for additions to the operating troops after treatment and rehabilitation, and that is why must treat oneself within the limits of operating area. Substantial role in determination of tactic and principles them treatments belongs to the main medical specialists.

Key words: treatment-evacuation providing, slightly wounded, easily sick, sanitary losses.