

УДК 303.732.4+323.269

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПІД ЧАС АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Я.Л. Заруцький, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, начальник кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

А.Є. Ткаченко, капітан медичної служби, ад'юнкт кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

Резюме. У статті представлена аналіз системи хірургічної допомоги збройних сил України, її становлення та розвитку за періодами проведення антитерористичної операції. Виявлені особливості та проблемні питання системи хірургічної допомоги у кожному періоді, намічені основні шляхи їх вирішення в поточному часі та в перспективі.

Ключові слова: хірургічна допомога, антитерористична операція, лікувально-евакуаційне забезпечення.

Вступ. Вперше з часу набуття незалежності Україна, її громадяни і армія були втягнуті в збройний конфлікт на території власної держави. Він має ознаки гібридної війни, яка включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях.

З моменту анексії Криму Російською Федерацією та початку антитерористичної операції (АТО) на сході України пройшло більше року. За цей час загинули понад 6,4 тис. мирних мешканців, близько 16 тис. поранені, 1300 тис. були змушені покинути свої домівки [2]. За офіційними даними Збройні сили України (ЗСУ) та інші силові структури втратили 1723 осіб вбитими, близько 7 тис. пораненими [4]. Загинули 16 медичних працівників, ще 60 дістали поранення [3].

ATO була розпочата 14 квітня 2014 р. і швидко переросла в масштабний збройний конфлікт із залученням ЗСУ, міністерства внутрішніх справ, служби безпеки України, прикордонної служби, воєнізованих добровольчих формувань з одного боку та загонів сепаратистів та інших прибічників самопроголошених Донецької та Луганської народних республік з іншого. При цьому бойові дії проводяться із застосуванням всіх видів зброї крім зброї масового ураження, і

супроводжуються значними демографічними, економічними та інфраструктурними втратами.

Мета. Провести аналіз проблемних питань організації надання хірургічної допомоги в АТО.

Матеріали та методи дослідження. Об'єкт дослідження – система надання хірургічної допомоги пораненим і травмованим військовослужбовцям в АТО. У дослідженні використані історичний метод, методи системної методології, системного та статистичного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. За інтенсивністю бойових дій та політичними процесами на міжнародному рівні можна виділити три періоди АТО:

1. Перший період (квітень – вересень 2014 р.) характеризувався поступовим зростанням протистояння, яке у серпні–вересні перетворилося на збройний конфлікт середньої інтенсивності [5]. Закінченням цього періоду можна вважати підписання угоди про перемир'я (протокол за підсумками консультацій тристоронньої контактної групи 5.09.2014р.). Після цього інтенсивність бойових дій значно зменшилась;

2. Другий період (вересень 2014 – лютий 2015р.) характеризувався поступовим відновленням інтенсивності бойових дій із значним зростанням в січні – лютому 2015р. Його закінченням можна вважати відведення

від Дебальцевого українських військ та початок виконання протоколу про незастосування важкого озброєння;

3. Третій період (з березня 2015р. по теперішній час) характеризується низькою інтенсивністю бойових дій з періодичними загостреннями та активною розвідувально-диверсійною діяльністю.

Особливістю цього збройного конфлікту стало широке використання ракетно-артилерійських систем, у зв'язку з чим в структурі санітарних втрат хірургічного профілю переважають осколкові поранення – 62,5% та мінно-вибухові травми – 25,6% (рис. 1). Питома вага множинної та поєднаної травми дорівнює 27,4%.

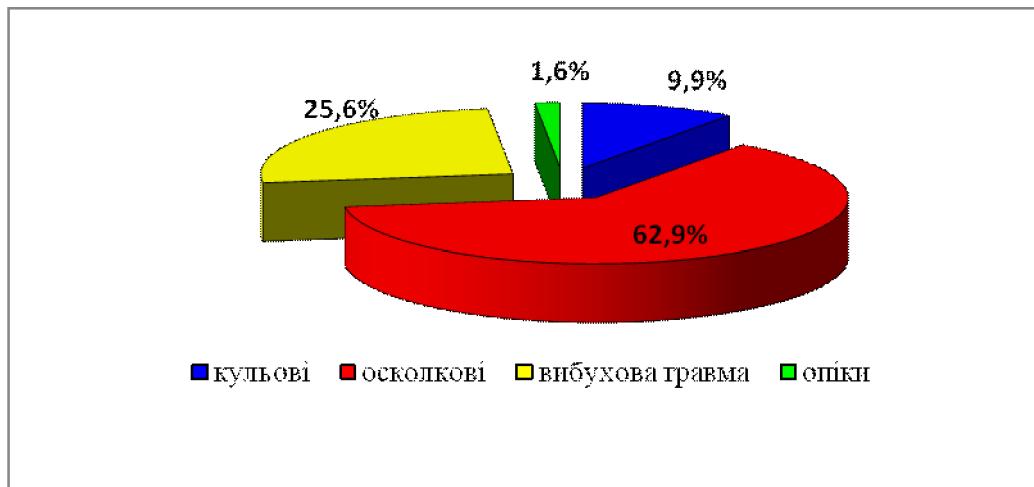


Рис. 1. Розподіл поранень за механізмом

За анатомічною локалізацією переважають поранення кінцівок – 63,9%; значно збільшилась кількість поранень і травм голови – 38,5% переважно за рахунок мінно-вибухової травми. Відносно невелика кількість поранень у груди –

11,7% та живіт – 7,3% пояснюється застосуванням засобів індивідуального захисту. Але ця категорія відноситься до найтяжчих поранень і у структурі причин смерті на госпітальному етапі займає провідне місце – 46% (рис. 2).

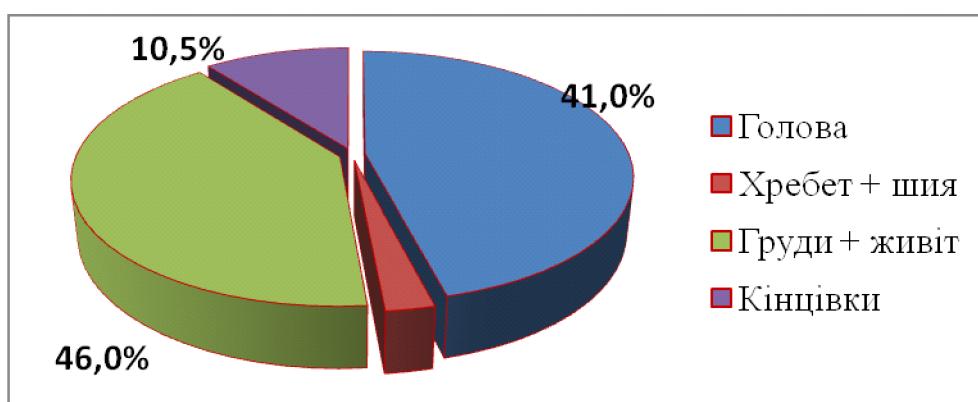


Рис. 2. Основні причини смерті на госпітальному етапі

З початком збройного конфлікту проходив процес розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) ЗСУ та інших силових структур. Вона формувалась під

впливом оперативно-тактичних умов проведення АТО на базі медичних служб силових відомств з широким залученням закладів охорони здоров'я Міністерства

охорони здоров'я України (МОЗ), як на території конфлікту так і в тилу.

Провідним компонентом системи ЛЕЗ є надання хірургічної допомоги, лікування та реабілітація поранених та травмованих на етапах медичної евакуації (ЕМЕ). Основними системними проблемами надання хірургічної допомоги в АТО є: зміна характеру та структури уражень внаслідок застосування всіх видів сучасної зброї; невідповідність організаційно-штатної структури медичної служби завданням сучасної війни; низький рівень матеріального забезпечення ЕМЕ; недостатня обізнаність цивільних та мобілізованих медичних працівників з питань воєнно-польової хірургії; недостатнє науково-методичне забезпечення діяльності медичної служби; непідготовленість системи охорони здоров'я країни до викликів війни.

В перший період АТО відбулося становлення системи ЛЕЗ. Військова ланка медичної допомоги забезпечувалась медичними підрозділами частин (перша медична, долікарська, перша лікарська допомога). Госпітальна ланка була розгорнута в три ешелони:

перший ешелон (50 - 150 км від лінії зіткнення) – представлений військовими мобільними госпіталями (ВМГ) та місцевими лікувальними закладами МОЗ (кваліфікована, невідкладні заходи спеціалізованої хірургічної допомоги);

другий ешелон (200 – 300 км від лінії зіткнення) представлений двома основними евакуаційними напрямками: Дніпропетровський (Дніпропетровський військовий госпіталь, обласна клінічна лікарня ім. Мечнікова та ін.) і Харківський (Військово-медичний клінічний центр (ВМКЦ) Північного регіону), де надаються всі види спеціалізованої медичної допомоги. По суті, медичні заклади другого ешелону виконували функцію евакуаційних госпіталів – майже всі поранені після надання допомоги та стабілізації стану були в подальшому евакуйовані в тил («дренажний» принцип організації ЛЕЗ);

третій ешелон (тил країни) – представлений ВМКЦ, Головним ВМКЦ, базовими військовими госпіталями, багатопрофільними клінічними лікарнями МОЗ, науково-дослідними інститутами АМН України), де надається спеціалізована і високоспеціалізована медична допомога та проводиться спеціалізоване лікування поранених і травмованих.

Основними проблемними питаннями ЛЕЗ цього періоду, які значно загострились при збільшенні інтенсивності бойових дій в червні – вересні були: недостатня підготовка особового складу збройних формувань з надання першої медичної допомоги; недостатнє кадрове і матеріальне забезпечення, професійна та методична підготовка особового складу медичної служби військових частин; гостра нестача евакуаційного транспорту, неможливість вільно використовувати аеромедичну евакуацію внаслідок застосування противником зенітно-ракетної зброї; необізнаність цивільних медиків зони конфлікту та мобілізованих медичних працівників з питань воєнної медицини взагалі та хірургії зокрема; недостатність матеріального забезпечення госпітальної ланки, яка компенсувалась за рахунок волонтерської допомоги. Все це сприяло збільшенню питомої ваги безповоротних втрат на полі бою внаслідок суттєвих недоліків тактичної ланки медичної допомоги та відсутності своєчасної евакуації. Про це свідчить низький показник тяжкої та вкрай тяжкої травми на вхідному потоці госпітальної ланки – 9,6%, тоді як за даними статистики бойових дій країн-членів НАТО – ця цифра становить 16 – 21% [6]. Більшість «перспективних» поранених гинули на полі бою чи під час евакуації. При цьому на госпітальному етапі летальність становила 0,9%.

До недоліків надання хірургічної допомоги можна віднести: перевищення необхідних обсягів хірургічних втручань на ЕМЕ, проведення операцій у стані шоку, висічення пошкодженої шкіри у вигляді «п'ятаків», проведення нерадикальної хірургічної обробки

із залишенням нежиттєздатних тканин, сторонніх тіл, пошук сторонніх тіл без чіткого уявлення про їх локалізацію, неповноцінний гемостаз, відсутність профілактики компартмент-синдрому, недостатній вторинний огляд, неадекватне дренування, накладання первинних швів по завершенню ПХО.

Позитивними здобутками військової хірургії в цей період можна вважати: широке застосування позавогнищевого остеосинтезу апаратами зовнішньої фіксації при вогнепальних переломах, застосування спеціалізованих груп підсилення (травматологічних, судинних в першому та другому ешелонах госпітальної ланки, нейрохірургічних в другому ешелоні), впровадження тактики «damage control», «second look» при тяжких пораненнях, сучасних методів лікування вогнепальних ран та переломів (VAC – терапія, ультразвукова кавітація, тощо).

В другому періоді відбулася відносна стабілізація лінії зіткнення, що дозволило проводити планову роботу по удосконаленню системи ЛЕЗ.

Враховуючи характер бойових дій, сили та засоби медичних рот бригад були розділені між окремими бойовими підрозділами. В зв'язку з цим вони не змогли виконувати свої функції як цілісний підрозділ, і організувати надання першої лікарської та невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги. Ці функції взяли на себе ВМГ та лікувальні заклади МОЗ першого ешелону госпітальної ланки.

ВМГ перебазувались на базу стаціонарних лікувальних закладів і перебрали на себе основне навантаження першого ешелону госпітальної допомоги. Остаточно сформувались евакуаційні напрямки за відповідними секторами. Відбулося покращення кадрового та матеріального забезпечення військової та госпітальної ланок. Більше уваги стали приділяти військово-медичній підготовці особового складу збройних формувань, кадрових та мобілізованих військових медиків в питаннях тактичної медицини.

В цей період розпочався перехід від орієнтації хірургічної допомоги за видами на ЕМЕ на рівневу структуру [1]. В умовах недосконалості організаційно-штатної структури медичних підрозділів і частин та залучення у систему ЛЕЗ лікувальних закладів МОЗ такий підхід дозволив ешелонувати медичну допомогу за рівнями виходячи з лікувально-діагностичних можливостей конкретних лікувальних закладів за напрямом евакуаційного потоку. Були видані перші вітчизняні вказівки з воєнно-польової хірургії, які стали основним методичним джерелом з організації надання хірургічної допомоги пораненим.

Більш широко почали використовуватись спеціалізовані групи підсилення. В другому ешелоні відбулося фактичне розгортання роботи територіальних госпітальних баз без їх юридичного оформлення: створені координаційні центри, налагоджена система сортування поранених в місцях доставки (аеродромах), залучені до надання хірургічної допомоги спеціалізовані відділення і лікарні.

Основними проблемними питаннями цього періоду були: недиференційований підхід в мобілізаційній політиці, що призвело до широкого залучення висококваліфікованих лікарів-спеціалістів у військову ланку, виснаження кадрових та матеріальних ресурсів військових госпіталів та ВМКЦ на формування та забезпечення спеціалізованих груп підсилення, скорочення обсягів волонтерської допомоги при перманентній неефективності власних служб логістики. Серед проблем надання хірургічної допомоги варто зазначити швидке зростання кількості поранених, які потребують тривалого етапного спеціалізованого хірургічного лікування, заміни методів фіксації вогнепальних переломів, протезування та реабілітації поранених і травмованих.

Покращення надання медичної допомоги та евакуації в ланці тактичної медицини призвело до збільшення кількості тяжкопоранених на вхідному потоці в госпітальній ланці (14,5%), і як наслідок –

збільшення госпітальної летальності до 1,2%. Структура поранень за характером та локалізацією практично не змінилась.

Третій період АТО характеризується як збройний конфлікт низької інтенсивності з періодичними загостреннями. Проводиться подальше удосконалення системи ЛЕЗ, її кадрового та матеріального забезпечення. Залишаються актуальними проблеми тактичної медицини у військовій ланці, евакуації (тактичної та стратегічної), координації та взаємодії військових медичних частин та лікувальних закладів МОЗ, спеціалізованого лікування та реабілітації поранених. В структурі санітарних втрат значно підвищилась питома вага не бойових травм.

Подальша реформа військової медицини та удосконалення системи ЛЕЗ повинні проводитись постійно не тільки під конкретні завдання АТО, а для створення універсальної системи, здатної функціонувати в будь яких умовах.

На даний момент основними напрямками покращення системи ЛЕЗ є: нормативно-правова робота за всіма напрямами військової медицини, створення єдиного органу управління медичної служби та медичного забезпечення АТО, створення єдиної бази даних обліку поранених на всіх ЕМЕ, розробка організаційно-штатної структури медичної роти за взводним принципом, створення системи лікування легкопоранених з метою їх швидкого

повернення в стрій без евакуації в тил країни, створення загонів спеціалізованої медичної допомоги за окремим штатом з відповідним оснащенням та забезпеченням, створення повноцінних територіальних госпітальних баз поряд з зоною АТО, організація судинних та нейрохірургічних відділень у ВМКЦ за їх відсутності, постійне повноцінне матеріально-технічне забезпечення всіх рівнів надання медичної допомоги, особливо евакуаційним транспортом, створення системи медичної реабілітації, відродження системи підготовки офіцерів медичної служби запасу у вищих навчальних закладах.

Висновки

1) В цілому, хірургічна служба ЗСУ виконала завдання по наданню хірургічної допомоги пораненим і травмованим військовослужбовцям в АТО.

2) Виявлено низка проблемних питань (не функціональна організаційно-штатна структура медичної роти, відсутність єдиного управління медичною службою АТО, затримка з організацією територіальних госпітальних баз, відсутність штатних спеціалізованих груп підсилення тощо), які потребують вивчення і вирішення на системному рівні.

3) Необхідно відродити систему військово-медичної підготовки студентів медичних вищих навчальних закладів за програмою офіцерів медичної служби запасу.

Література

1. Вказівки з воєнно-польової хірургії / за ред. Я.Л. Заруцького, А.А. Шудрака. – К.:СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.
2. Десята доповідь Моніторингової місії ООН з прав людини 1.06.2015р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://nk.org.ua/politika/pro-porushennya-prav-lyudini-na-shodi-ukrayini-dopovid-monitoringovoyi-misiyi-oon-9355>;
3. Доповідь голови комітету Верховної ради з охорони здоров'я Ольги Богомолець на засіданні колегії МОЗ 2.06.2015р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.interfax.com.ua/news/general/269307.html>;
4. Повідомлення радника президента України Юрія Бірюкова 7.06.2015р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.112.ua/ato/za-chas-ato-na-donbasi-zahynuly-1732-ukrainskykh-viiskovykh-biriukov-235268.html>;
5. Рибак М.І., Будах Ю.Г. Воєнне мистецтво в локальних війнах після Другої світової війни. – К.: НАОУ, 2000. – 137с.

6. Hoencamp R. Systematic review of the prevalence and characteristics of battle casualties from NATO coalition forces in Iraq and Afghanistan / R. Hoencamp, E. Vermetten, E.C. Tan, H. Putter, L.P. Leenen, J.F. Hamming // Injury. 2014. – Vol. 45(7). – P.1028-34.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Савицький В.Л.