



© А.М.АМИРОВ, 2009

УДК 616-001.4-057.36-08(470.67)

А.М.Амиров — О лечении раненых в период контртеррористической операции в Республике Дагестан в 1999 г.

Главной особенностью работы учреждений, предназначенных для оказания *квалифицированной медицинской помощи* (КМП) и развернутых в зоне боевых действий (*медицинские отряды специального назначения* — МОСН), явились короткие сроки временной госпитализации раненых и быстрая их эвакуация. Большинство (81,6% раненых) были эвакуированы в первые сутки после оказания им квалифицированной хирургической помощи, еще 11,5% — в течение вторых суток, 3,3% — 2–3 сут, 1,5% — 3–4 сут, остальные раненые (1,1%) — в течение от 5 до 15 сут. Средний срок пребывания раненых на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи составил $1,2 \pm 0,1$ сут.

В лечебные учреждения, оказывающие *специализированную медицинскую помощь* (СМП), подавляющее большинство раненых (96,1%) эвакуировалось по воздуху, в т. ч. 74,9% — вертолетами и 21,2% — самолетами. Лишь 3,9% раненых эвакуировались на этап специализированной хирургической помощи наземным транспортом. Данные о сроках эвакуации раненых после операций представлены в табл. 1

Таблица 1

Средние сроки эвакуации раненых после операций на этап специализированной медицинской помощи, сутки

Локализация ранения	Характер оперативных вмешательств		
	неотложные	срочные	отсроченные
Голова	1,3	1,5	1,3
Шея	1,0	-	1,0
Грудь	1,3	1,3	1,0
Живот	1,4	1,1	1,2
Таз	—	1,2	—
Конечности	1,2	1,3	1,2

В связи с особыми условиями боевой обстановки сроки эвакуации оперированных раненых не соответствовали срокам нетранспортабельности, установленным действующими Указаниями по военно-полевой хирургии. Эвакуация авиатранспортом приводила к утяжелению состояния раненых (табл. 2):

Таблица 2

Тяжесть состояния раненых в МОСН перед эвакуацией и при поступлении на этап специализированной медицинской помощи (по шкале ВПХ-СП), %

Состояние раненых	Этап медицинской эвакуации	
	КМП	СМП
Удовлетворительное	16,5	10,8
Средней степени тяжести	40,0	56,9
Тяжелое	43,5	16,2
Крайне тяжелое	—	6,1
Всего...	100,0	100,0

после эвакуации из МОСН число пострадавших в состоянии средней степени тяжести возросло на 16,9%; у 6,1% — состояние ухудшилось до крайне тяжелого.

Изучение результатов лечения раненых на этапах специализированной медицинской помощи показало следующее.

В лечебных учреждениях первого эшелона специализированной медицинской помощи различные осложнения развились у 7,3% пострадавших. Умерли 1,6% раненых. Основными причинами летальных исходов были: отек и дислокация головного мозга — 41,7%, отек легких — 25%, тяжелое повреждение головного мозга — 16,7%, перитонит — 14,3%, анаэробная инфекция — 2,3%.

В лечебных учреждениях первого эшелона завершили лечение 10,2% раненых. Остальные (89,8%) были эвакуированы в лечебные учреждения второго и третьего эшелонов специализированной медицин-



ской помощи. Средний срок пребывания раненых в лечебных учреждениях первого эшелона составил $2,1 \pm 0,1$ сут. Перед эвакуацией проводилась целенаправленная подготовка: исправлялись при необходимости повязки, осуществлялась транспортная иммобилизация, вводились обезболивающие и седативные препараты. Умерших во время эвакуации не было.

В госпитали второго эшелона специализированной медицинской помощи 83% раненых поступали после оказания им неотложной специализированной хирургической помощи, 16% — только квалифицированной хирургической помощи и 1% — из боевых порядков войск. В течение первых 3 сут после ранения поступили 75,6% военнослужащих. Удельный вес неотложных оперативных вмешательств был низким — 0,8%, срочных — 2,8%. Отсроченные операции выполнены у 19,2% раненых. Наибольший удельный вес составили плановые оперативные вмешательства — 77,2%. Завершили лечение на этом этапе 95,3% раненых, эвакуированы в лечебные учреждения третьего эшелона 1,9%. Летальность составила 2,8%.

В лечебные учреждения третьего эшелона специализированной медицинской помощи направлялись, как правило, наиболее тяжелые раненые, нуждавшиеся в ускоренной специализированной хирургической помощи. Им проводилось специализированное лечение с использованием современных медицинских технологий. Абсолютное большинство раненых поступало из лечебных учреждений первого эшелона (98,1%), часть раненых была переведена из госпиталей второго эшелона (1,9%). Поступило не по назначению 30% раненых (могли завершить лечение

на предыдущих этапах медицинской эвакуации). В оперативных пособиях нуждались 75,8% поступивших. Неотложные операции выполнялись у 1,5%, срочные — у 4,6%, отсроченные — у 8,7%, плановые — у 85,2% раненых. Основные виды плановых операций представлены реконструктивно-восстановительными и пластическими. Завершили лечение на данном этапе 90,8% раненых. Летальность составила 9,2%.

Анализ полученных результатов позволяет высказать предположение о том, что оптимальным объемом квалифицированной хирургической помощи в медицинском отряде специального назначения (или полевом хирургическом госпитале), развернутом непосредственно в зоне боевых действий, является проведение неотложных и срочных оперативных вмешательств, оказание реаниматологической помощи и обеспечение предэвакуационной подготовки. Сроки эвакуации оперированных раненых с этапа квалифицированной медицинской помощи были существенно сокращены и не соответствовали срокам нетранспортабельности, регламентированным в Указаниях по военно-полевой хирургии. Эвакуация утяжеляла состояние части раненых. Вместе с тем, если бы эти сроки соблюдались, то значительно бы увеличился временной интервал между моментом ранения и началом оказания специализированной хирургической помощи, что также отрицательно сказалось бы на состоянии раненых и исходах их лечения. Таким образом, оба варианта действий сопровождаются негативными последствиями, но их выбор должен соответствовать условиям боевой и медицинской обстановки.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.9-02+612.017.1.014.4

В.А.Шафалинов, В.Е.Розанов, А.И.Болотников, С.И.Чиж, И.В.Хайкин — Влияние крупномасштабных природных катастроф на состояние иммунной системы и развитие инфекционных осложнений.

Изучение закономерностей возникновения иммунных нарушений, возникающих при крупномасштабных природных катастрофах на фоне предельно переносимых стрессорных воздействий, может способствовать профилактике и (или) снижению частоты развития инфекционных осложнений, частота которых достигала 40–50% и сопровождалась летальностью до 30–55% случаев.

Нами исследованы основные параметры иммунитета у 75 пострадавших от стихийного бедствия (землетрясение и цунами) в Республике Индонезия с декабря 2004 по февраль 2005 г., средний возраст которых

составил $37,9 \pm 1,7$ года и тяжесть травмы $29,2 \pm 2,5$ балла по международной шкале ISS. Местные формы инфекционных осложнений развивались в 28% случаев, висцеральные — в 50,7% и генерализованные — в 21,3%.

При этом был выявлен выраженный комбинированный Т- и В-лимфоцитарный структурно-функциональный иммунодефицит, который с высокой степенью достоверности коррелировал с тяжестью травмы ($p < 0,01$).

Кроме количественных изменений продукции лимфоцитов, развивалась их функциональная недостаточность, связанная с уг-