

ՀՏԴ 61:355:617

**Բուժտարհանման փուլերի կրճատման
անհրաժեշտությունը տեղային բնույթ կրող
մարտական ընդհարումների ժամանակ**

Կ.Ռ. Շաբոյան, Ք.Մ. Սահակյան, Կ.Վ. Գրիգորյան

*ԵՊԲՀ ռազմադաշտային վիրաբուժության
և ռազմադաշտային թերապիայի ամբիոններ,
0025, Երևան, Կորյունի փ., 2*

*Բանալի բառեր. ռազմադաշտային վիրաբուժություն, սանիտարական
կորուստներ, լոկալ (տեղային) ռազմական կոնֆ-
լիկտներ, բուժտարհանման փուլեր*

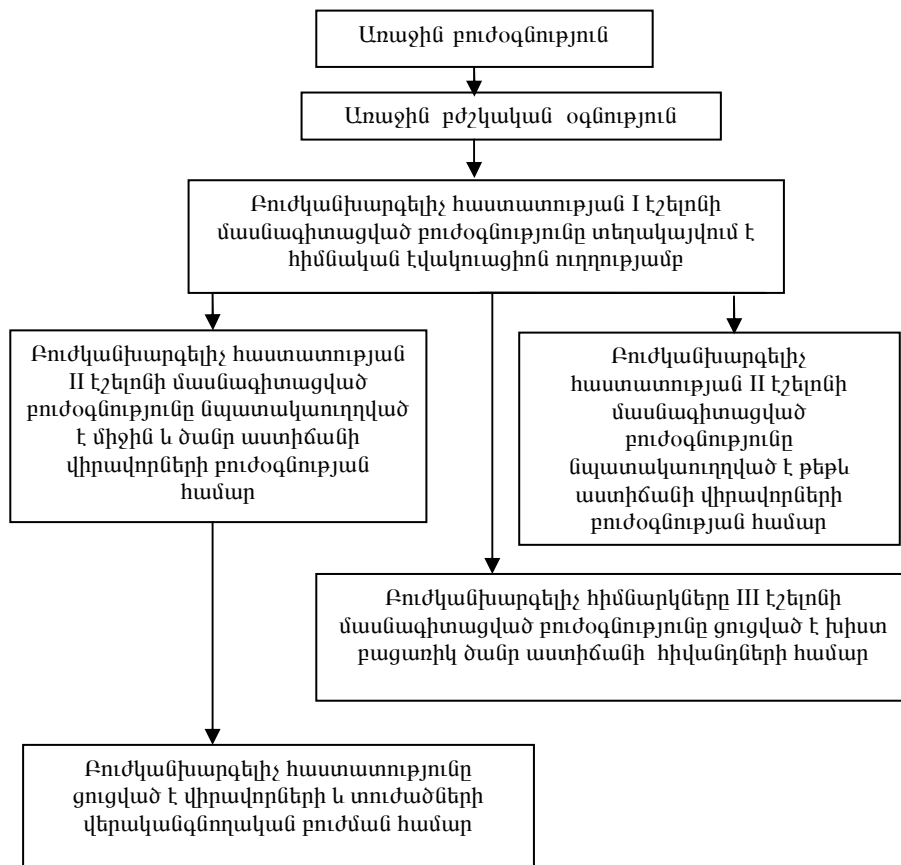
Անհրաժեշտ ենք համարում հավաստիացնել, որ լոկալ կամ զինված ընդհարումների ժամանակ միջուկային զենքի անհավանական կիրառումը, ինչպես նաև ժամանակակից զենքի, զինամթերքի, տեխնիկայի օգտագործման հնարավորությունների մարտավարությունը, վերջին տարիներին ազդել են սանիտարական կորուստների կառուցվածքի վրա, և բուժտարհանման ավանդական մեթոդներն արդեն մեր ժամանակներում կորցրել են իրենց արդյունավետությունը: Բուժտարհանման մեթոդների մշակումը և նոր կազմակերպչական մոտեցումները չեն համապատասխանում ռազմական առողջապահության ֆունկցիոնալ կարիքներին, և դրա վերակառուցման, կատարելագործման հիմնախնդիրները շարունակում են մնալ գիտնականների մշտական ուշադրության կենտրոնում: Ըստ 1994-1995թթ. Ռուսաստանի Դաշնության կողմից ընդունված զինվորական դոկտրինի՝ աշխարհի խաղաղությանը սպառնացող գլխավոր վտանգը լոկալ պատերազմներն ու միջազգային ընդհարումներն են, որոնք ի վիճակի են դուրս գալու իրենց սահմաններից և բերելու լայնածավալ տոտալ պատերազմական գործողությունների:

Այդ համակարգում դոկտրինի մշակման ժամանակ առաջին անգամ փորձ է արվել մշակելու լոկալ պատերազմներին բնորոշ բուժտարհանման համակարգը: Վերջին տարիների կուտակված փորձի համաձայն՝ բուժճառայության ներկայիս հնարավորությունները գոր-

քերում բերել են բժշկամարտավարական հազեցվածության համալրման:

Այդ վերակառուցման հիմնական ուղղություններն են.

- բարձրացնել բուժժառայության շարժունությունը բժշկական ստորաբաժանումների գորաշարժվելու հնարավորությունը, որը պայմանավորված է պահանջվող դժվար պայմաններով և բժշկամարտավարական իրավիճակով,
- անցկացնել մարտավարական, ստրատեգիական և սանավիագիոն տարհանում,
- որակավորված բժշկական օգնությունը մոտեցնել մարտի դաշտին, տեղափոխել մարտական գործողությունների տարածք,
- որակավորված բուժօգնության բուժհիմնարկները հազեցնել բուժկանխարգելիչ խմբերով, ստեղծել պայմաններ՝ վիրավորներին կյանքի ցուցումով բուժօգնություն ցուցաբերելու համար:



Սա բուժօգնության այնպիսի գործընթաց է, որը խաղաղ պայմաններում տեղակայված է բուժկանխարգելիչ հիմնարկներում, իսկ

մարտական գործողությունների ժամանակ այն բաժանվում է բուժօգնության ձևերի, որը ցուցաբերվում է հաջորդաբար՝ առանձին բուժօգնության փուլերում: Այն լիարժեք և ամբողջական կհամարվի, երբ կոմպլեքս բուժօգնությունն իրականացվի բազմապրոֆիլ բուժօգնատությունում, մարտադաշտին ամենամոտ գտնվող բուժօգնության կետում:

Տվյալ համակարգի սխեմայում վիրավորների և տուժածների բուժօգնության մասնական ապահովումը լոկալ պատերազմների ժամանակ հանգեցրել է հետևյալ ցուցանիշների, որը հիմնավորում է վերը նշվածը:

II էտապայինում բուժօգնության սխեմայում բարդությունները զրանցվել են վիրավորների 28%-ի մոտ:

III էտապայինում այն հասել է 76%-ի:

IV էտապային համակարգում կազմել է 92% [8]:

Այդ բոլորը վկայում են այն մասին, որ ծանրացել է այն վիրավորների վիճակը, ովքեր հաջորդաբար տեղափոխվել և անցել են բուժօգնության բոլոր փուլերը, լավ է եղել այն վիրավորների վիճակը, երբ առաջին նախաբժշկական կամ բժշկական օգնությունները շրջանցվել և տեղափոխվել են մասնագիտացված բուժօգնության փուլ [8]:

Բարդությունների առաջացման ամենակարևոր պատճառներից մեկը եղել է նրանց քանակի ավելացումը, որը պայմանավորված է վիրավորվելու պահից մինչև համապատասխան բուժօգնության ժամանակահատվածի երկարաձգմամբ: Այդ առումով բուժօգնության փուլերի կրճատումը համարվում է կարևոր խնդիր և հարկադրում է մեզ լուծել բժշկական, մարդկային ռեսուրսների և տնտեսական խնդիրներ: Մեր տեսանկյունից ելնելով՝ բուժօգնության համակարգի կառուցվածքը կրնա լինի հետևյալ ձևերը.

- առաջին բուժօգնություն – ցույց է տրվում մարտադաշտում ինքնա- փոխօգնությամբ, սանհրահանգչի և բուժակի կողմից,
- առաջին բժշկական օգնությունը - դրանք համալիր բժշկական միջոցառումներ են՝ ուղղված վիրավորի կյանքին սպառնացող վտանգը և սպասվող բարդությունները նվազեցնելուն, վնասվածքի հետևանքները կանխելուն և վիրավորի հետագա բուժօգնությունը նախապատրաստելուն: Բուժօգնության այս տեսակը ցույց է տրվում գնդի բուժկետում կամ բժշկական վաշտերում: Տվյալ տուժածները սանիտարական տրանսպորտով կամ բանակային ուղղաթիռներով տարհանվում են մասնագիտացված բժշկական ստորաբաժանումներ:

Հաշվի առնելով մարտական վիրաբուժական պաթոլոգիաների աճման միտումը՝ ցուցված է բուժկանխարգելիչ հիմնարկների մոտեցումը վիրավորներին, որպեսզի հնարավոր լինի նրանց արագ տար-

հանել մասնագիտացված բժշկական էտապ [1]: Այս մոտեցումը կանխում է վիրավորներին հետագայում բազմակի վիրահատությունների ենթարկելը, որը պայմանավորված է նախկինում կատարված ընդհանուր վիրաբուժական մոտեցմամբ առաջին գծում [2, 3, 7, 13] :

Վերջին տարիներին ԱՄՆ-ի զինված ուժերում օգտագործում են հայեցակարգ-հիմնադրույթ (առաջին գծի ամրապնդում) («Forward care»): Ամենալավ բժշկական ուժերը պետք է կենտրոնացնել առաջնային էշելոնում՝ 50 կմ շրջակայքում՝ առաջին գծում:

Այս դրույթը հիմնավորվել է Վիետնամի պատերազմի հիմնովին վերլուծության ժամանակ, որտեղ հիմնականում դոմինանտում էր բուժտարհանման միտումը:

Այդ հայեցակարգի ընդհանրացումը կասկած չի հարուցում, որ կկառուցվի նոր, ավելի շարժուն բժշկական հաստատություն, որը կկարողանա արագ տեղակայվել ռազմաճակատին ավելի մոտ: Այսպես օրինակ՝ ԱՄՆ-ի բանակում մոդելավորում ունեցող տրանսպորտային հոսպիտալը MUST փոխարինվել է տրանսպորտային DERMEDS [14] հոսպիտալային համակարգով: Չի կարելի հաշվարկներ անել միայն բուժճանաչության տրանսպորտային ինֆրակառուցվածքով: Տվյալ փորձի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ պատերազմական պայմաններում սեփական տարածքներում գործողությունների անցկացումը, որտեղ կա ստացիոնար հոսպիտալային ցանց, չի կարող այն փոխարինել ռազմաճակատի բժշկական ստորաբաժանումներին: Առաջին բժշկական օգնության փուլից վիրավորները և տուժածները պետք է տեղափոխվեն I էշելոնի բուժկանխարգելիչ հաստատություններ, որոնք տեղադրված են հիմնական տարհանման ուղղությունների վրա, և առկա են ուղղաթիռային հարթակներ ուղղաթիռներով, որոնք կարող են վիրավորներին տարհանել բազմապրոֆիլ բուժհիմնարկներ, որտեղ անց է կացվում բժշկական տեսակավորում, և ցույց է տրվում անհետաձգելի մասնագիտացված բժշկական օգնություն:

Այդ կապակցությամբ էլ ՌԴ ՁՈՒ բուժանձնակազմի բազմակողմանի պատրաստվածությունը միշտ եղել և մնում է ավանդույթ հայրենական բժշկության ասպարեզում:

Տեղային բնույթ կրող ընդհարումների ժամանակ տվյալ հայեցակարգի ամենագլխավոր նպատակն է բուժճանաչության ապահովումը և հնարավորինս մեծաթիվ վիրավորների շարք վերադարձնելը:

Հարկ եմ համարում նշել Ն. Ն. Բուրդենկոյի այն թեզիսը, որ ավելի լավ է վիրահատել ուշ ժամերի և նույնիսկ օրեր հետո, քան վիրահատել շտապողականորեն և ռազմադաշտային անհարմար պայմաններում: Այս սկզբունքը կարող է իրեն արդարացնել այն դեպքերի համար, երբ չկա ներքին արյունահոսություն և կյանքին սպառնացող

վտանգ, որտեղ ժամանակի գործոնը իր բացասական ազդեցությունը չի կարող թողնել:

Արցախյան պատերազմի բուժտարիանման փորձի վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ԽՍՀՄ ՁՈւ բուժտարիանման ավանդական համակարգը լոկալ պատերազմների ընթացքում բերում է բուժտարիանման ժամանակահատվածի ավելորդ երկարաձգման, և այստեղ ժամանակի գործոնն ունի իր բացասական ազդեցությունը, որը նպաստում է շոկային, ինֆեկցիոն, ինտոքսիկացիոն բարդությունների զարգացմանը, որոնք էլ չհիմնավորված սանիտարական կորուստների և բուժման համար պահանջվող ժամկետների ավելորդ երկարաձգման պատճառ են դառնում:

Աղյուսակ

1993-94թթ. «Քելրաջար-Օմարի լեռնանցք» օպերատիվ ուղղությամբ ընթացող մարտական գործողությունների որակավորված բուժապահովման փուլ ընդունված վիրավորների վնասվածքային բարդությունների կառուցվածքը ըստ անատոմիական շրջանների

Վնասվածքների անատոմիական տեղակայումը	Հրազենային և ոչ հրազենային վնասվածքներ		Տրավմատիկ և հեմոռագիկ շոկ		Վերքային ինֆեկցիա		Ինտոքսիկացիա		Ընդամենը ըստ լոկալիզացիայի բարդությունների	
	բ/թ	%	բ/թ	%	բ/թ	%	բ/թ	%	բ/թ	%
Գլուխ – պարանոց	102	20.5	7	6.8	11	10.7	1	0.98	19	18.6*
Կրծքավանդակ	54	10.8	21	38.8	4	7.4	2	3.7	27	5.0*
Ուրովայն	36	7.2	19	52.7	22	61.1	21	58.3	62	17.2*
Կոնք	39	7.8	20	51.2	16	41.0	17	43.5	53	13.5*
Վերին վերջույթ	78	15.7	15	19.2	8	10.2	2	2.56	25	32.0*
Ստորին վերջույթ	187	37.7	21	11.2	21	111.2	12	6.4	54	28.0*
Ընդամենը	496	100	103	20.7	82	16.5	55	11.08	230	46.3*

*Անատոմիական տեղակայում ունեցող վնասվածքների դեպքում միաժամանակ հանդիպել են վնասվածքային մի քանի բարդություններ, որի հետևանքով հաշվարկված ընդհանուր թվերը ուռճացված են

Ուստի մեր վարած պատերազմի բուժապահովման փորձի վերլուծությունից ելնելով՝ մենք առաջարկում ենք ՀՀԶՈւ լեռնային պայմաններում ընթացող, տեղային բնույթ կրող մարտական գործողությունների բուժապահովման մարտավարության մեր տարբերակը:

Բուժտարհանման համակարգում կրճատելով նախաբժշկական բուժօգնության ձևը՝ վիրավորներին ցուցաբերում ենք.

- առաջին բուժօգնություն՝ ինքնա- փոխօգնության ձևով,
- առաջին բժշկական օգնություն. այս օղակում ակտիվացնում ենք ցուցաբերվող համալիր հակաշոկային միջոցառումները,
- որակավորված բուժօգնություն. բուժօգնության այս տեսակն իրականացնում ենք ինքնավար գործող կառուցվածք ունեցող նոր վիրաբուժական ստորաբաժանումում՝ ԲՀՈԻԶ-ներում,
- մասնագիտացված բուժօգնություն. այն իրականացնում ենք ԿԿԶՀ և ՀՀԱՆ բուժհաստատություններում:

Բուժտարհանման համակարգում մարտավարության այս ձևը հնարավորություն է ստեղծում վիրավորներին ավելի վաղ շրջանում ենթարկելու որակավորված վիրաբուժական օգնության, որտեղ բուժտարհանման ժամանակահատվածի կրճատումը հնարավորություն կստեղծի ավելի վաղ շրջանում ցուցաբերելու վիրաբուժական օգնություն այն վիրավորներին, որոնք մահանում էին բուժտարհանման ճանապարհներին և կրճատելով սանիտարական կորուստների թիվը՝ կնպաստենք զինված ուժերի անձնակազմի մարտունակության պահպանմանը:

Ընդունված է 01.03.19

Необходимость сокращения этапов медицинской эвакуации при локальных военных конфликтах

К. Р. Шабоян, К.М. Саакян, К. В. Григорян

Применение современной техники и вооружений при локальных конфликтах значительно повлияло на структуру санитарных потерь, в связи с чем актуальным является пересмотр и сокращение этапов медицинской эвакуации, при этом мы предлагаем:

- первую медицинскую помощь оказывать в виде само- и взаимопомощи;
- первую врачебную помощь – с применением комплексных противошоковых мероприятий;
- квалифицированную медицинскую помощь – в новых по структуре хирургических подразделениях;

- специализированную медицинскую помощь оказывать в центральном клиническом военном госпитале или в мед. учреждениях МЗ РА.

Necessity of Reducing the Stages of Medical Evacuation During Local Military Conflicts

K. R. Shaboyan, K.M. Sahakyan, K. V. Grigoryan

The usage of modern technology and arming had a high influence on the structure of sanitary losses during local conflict, so it is actual to review and reduce the stage of evacuation. In this case we offer:

- to administrate the first medical aid in the form of self-aid and mutual aid,
- first medical aid by using complex antishock,
- qualified medical aid in new surgical subdivisions,
- special medical care in the central clinical military hospital or in the medical centres of the Health Ministry of the RA.

Գրականություն

1. *Гайдар Б.В., Парфенов В.Е., Дикарев Ю.В., Идричан С.М.* Возможности современной нейрохирургии при лечении боевых повреждений. III съезд нейрохирургов России. СПб, 2013, с. 15-16.
2. *Гуманенко Е.К.* Хирургические уроки вооруженных конфликтов последних десятилетий. Особенности оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных с боевой хирургической и терапевтической травмой в локальных войнах и вооруженных конфликтах. Мат. Всеарм. науч.-практ. конф. СПб, 2000, с. 41-48.
3. *Ерехин И.А., Нечаев Э.А.* Хирургия войны и хирургия катастроф. Общие проблемы и пути их решения. Актуальные проблемы военно-полевой хирургии и хирургии катастроф. Тез. докл. науч. конф. СПб., 1994, с.7-9.
4. *Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А.* Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: организация и содержание первой, доврачебной и первой врачебной помощи (сообщение первое). Воен.-мед. журн., 1999, т. 320, 6, с. 25-30.
5. *Ефименко Н.А., Гуманенко Е.К., Самохвалов И.М., Трусов А.А.* Хирургическая помощь раненым в вооруженном конфликте: проблемы и пути совершенствования (сообщение четвертое). Воен.-мед. журн, 2000, т. 321, 2, с. 31-35.
6. *Мартынов В.Н.* Основные направления совершенствования специализированной нейрохирургической помощи в Северо-Кавказском регионе: Дис. ... канд.мед.наук. СПб., 2012.
7. *Нечаев Э.А., Брюсов П.Г., Ерехин И.А.* Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых. Воен.-мед. журн., 1993, 1 с. 17-21.
8. *Рубенко В.И.* Анестезиологическое обеспечение операций в экстремальных условиях при массовом поступлении пострадавших. Вестник интенсивной терапии, 1997, 1 с. 19-22.

9. *Сидельников В.О.* Медицинская помощь обожженным в локальных войнах и военных конфликтах: Дис. ... докт. мед. наук., СПб, 2016.
10. *Сингаевский А.Б.* Пути улучшения исходов лечения тяжелой сочетанной травмы мирного и военного времени. Дис....докт. мед. наук, СПб., 2003.
11. *Фокин Ю.Н.* Основные направления совершенствования хирургической помощи в вооруженном конфликте: Дис....докт. мед. наук, М., 2001.
12. *Чиж И.М.* Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах. Воен.-мед.журн., 2000, т.321, 6, с.4-15.
13. *Чиж И.М., Шелепов А.М., Лобастов О.С.* Становление, развитие и пути дальнейшего совершенствования системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Воен.-мед. журн., 2011, т. 322, 10, с. 4-14.
14. *Korenyi-Both A.L., Juncer D.J., Davis R.E. et al.* Joint task force <forward care> multicomponent health service support for an Army Reserve separate infantry brigade (mechanized) – Pt. 3. Milit. Med., 1992, vol. 157, 6, p. 284-290.