

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2024.4.153>

С. Н. Шнитко

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**  
**(По материалам Пленарного заседания**  
**Республиканской научно-практической конференции**  
**с международным участием «Актуальные вопросы военной медицины»,**  
**г. Минск, 26 июня 2024 г.) (Сообщение 1)**

*Военно-медицинский институт  
 в УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*26 июня 2024 года в г. Минске на площадях Белорусского государственного медицинского университета состоялась Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы военной медицины» (далее – Конференция).*

Конференция проведена по плану Министерства здравоохранения Республики Беларусь и под эгидой УО «Белорусский государственный медицинский университет» и Военно-медицинского института.

В программе Конференции прошло Пленарное заседание, а также секционные заседания, где участники обсудили проблемные вопросы и пути их решения в области лечебно-эвакуационного обеспечения в современных вооруженных конфликтах, диагностики и лечения современной боевой хирургической травмы и терапевтической патологии, а также военно-медицинского образования (фото 1).

С приветственным словом к участникам Конференции обратились ректор УО «Белорусский государственный медицинский университет» доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент НАН Беларуси Рубникович Сергей Петрович, академик-секретарь отдела медицинских наук НАН Беларуси, доктор медицинских наук, профессор Богдан Василий Генрихович и начальник военно-медицинского института в УО «БГМУ» кандидат медицинских наук Клименков Дмитрий Юрьевич.



Фото 1

С программным докладом «Изменения лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в современном вооруженном конфликте» выступил профессор кафедры организации медицинского обеспечения войск и медицины катастроф военно-медицинского института в УО «Белорусский государственный медицинский университет» доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач Республики Беларусь **Шнитко Светослав Николаевич** (фото 2).

В докладе были проанализированы изменения системы лечебно-эвакуационного обеспечения (далее – ЛЭО) раненых на этапе современного вооруженного конфликта, в частности, специальной военной операции (далее – СВО) с учетом характера боевых действий. Показаны особенности боевой хирургической патологии (до 50 % раненых в конечности в ходе СВО имеют сочетанные и множественные повреждения; около 30 % пострадавших имеют ранения, сопровождающи-



Фото 2

еся ассоциированными повреждениями, т.е. постогнестрельные дефекты с вовлечением кожи, мышц, костей, суставов, сосудисто-нервных пучков); появился новый вид политравмы «Минно-взрывная травма (далее – МВТ) с отрывом сегментов тела человека – до 90 % от МВТ), характер оказания догоспитальной помощи и значимость тактической медицины (далее – ТМ).

В качестве резерва улучшения исходов лечения все чаще рассматривается категория «потенциально спасаемых» раненых из числа погибающих на догоспитальном этапе (до 25 %), которые при максимально быстром устранении жизнеугрожающих последствий ранений (наружные и внутренние кровотечения, острая дыхательная недостаточность и т.д.) и при своевременной эвакуации получают шанс на сохранение жизни.

Совершенствование организации и содержание догоспитальной помощи в условиях массированного огневого воздействия требуют внедрения новых технологий: дистанционной сортировки (с применением индивидуальных мониторов состояния военнослужащих), медицинских беспилотных устройств различного назначения, роботизированных средств выноса, вывоза раненых и т.д.

Автором акцентировано внимание на сохранение важнейшего значения квалифицированной медицинской помощи для спасения жизни раненых за счет сокращения сроков проведения неотложных хирургических вмешательств.

Приближение к раненым специализированной хирургической помощи реализуется путем развертывания на эвакуационных направлениях медицинских отрядов специального назначения (далее – МОСН) и использования гражданских лечебных организаций.

Впервые на этапах медицинской эвакуации (далее – ЭМЭ) широко применяется хирургическая тактика «Damage control surgery».

Показано, что подготовка врачей и средних медицинских работников по организации медицинского обеспечения войск, медицины катастроф и военно-полевой хирургии недостаточна, что требует проведения срочных организационных мероприятий на государственном уровне.

С докладом «Классификация обширных комплексных постогнестрельных дефектов конечностей» выступил начальник центра травматологии и ортопедии – главный травматолог ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н. Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации кандидат медицинских наук **Керимов Артур Асланович**.

В своем выступлении автор провел классификацию по типу вовлечения костных структур:

А тип – разрушение мягких тканей, кости конечностей целые.

В тип – разрушение мягких тканей, перелом костей конечностей, не требующий костно-пластического замещения.

С тип – разрушение мягких тканей, первичный дефект костей конечностей (в т.ч. посттравматические дефекты), требующий костно-пластического замещения.

При этом выделяются 2 подгруппы: внесуставные, внутрисуставные.

Комплексный метод коррекции дефектов конечностей предполагает 3 этапа:



Фото 3

- I этап – подготовка раны к пластическим операциям.
- II этап – замещение дефекта мягких тканей любым способом в максимально короткие сроки (вторичный шов, лоскуты, кожные трансплантаты).
- III этап – восстановление костных и суставных структур (остеосинтез, эндопротезирование, пластика кости лоскутами, индивидуальные конструкции, MASH и др.).

В конце выступления докладчик показал эффективность операций с использованием микрохирургической техники. Приживление лоскутов наступило у 199 (88,2 %), частичный некроз лоскутов отмечен у 19 (9,5 %) и полный некроз – у 23 пациентов, что составило 11,8 %.

Заместитель заведующего кафедрой эпидемиологии УО «БГМУ» кандидат медицинских наук, доцент **Федорова Инна Владимировна** выступила с докладом «Биологическая защита войск в ходе специального учения Барьер-2023 (по материалам оперативно-стратегического учения «Боевое братство-2023» (фото 3).

Автор отметила, что распространение инфекционных заболеваний в войсках может являться причиной снижения готовности войск к выполнению боевых задач, вплоть до состояния их полной небоеспособности. Локализация очага инфекционного заболевания является основной составляющей комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекции как в войсках, так и в целом внутри страны.

Для оценки качества организации биологической защиты войск в условиях очага биологического заражения использовались материалы специального учения «Барьер-2023», проводимого в составе оперативно-стратегического учения «Боевое братство-2023». Авторы публикации были лично задействованы в качестве помощника руководителя специального учения «Барьер-2023» по медицинскому обеспечению и работы посредника при командире совместного формирования РХБ защиты и медицинского обеспечения. Для оценки качества санитарно-противоэпидемических мероприятий в очаге заражения использовали следующие критерии: коэффициент очаговости, полнота охвата, своевременность проведения и выполнение (соблюдение) методики противоэпидемического мероприятия. Применялись методы эпидемиологической диагностики, контент-анализа, научного обоснования.

Учение «Барьер-2023» проводилось в соответствии с темой «Ликвидация источников биологических угроз в интересах группировки КСОР ОДКБ». В ходе учения необходимо было практически отработать вопросы совместного выполнения задач специалистами войск РХБ защиты и медицинской службы, совершенствовать практические навыки и умения по организации взаимодействия с национальными органами, уполномоченными на реагирование при возникновении опасных инфекционных заболеваний. По замыслу учений в ходе фортификационного оборудования района дислокации были выявлены военнослужащие с подозрением на заболевание сибирской язвой.

С целью проведения специфической индикации возбудителя в состав сводного формирования был включён мобильный комплекс лабораторно-полевой КЛП-10. Лаборатория находилась в заданном районе, а ее расчет был способен самостоятельно отбирать пробы воздуха, грунта и воды или получать их от разведывательных химических машин, проводить качественный и количественный анализ отобранных проб на наличие патогенных биологических агентов путем ПЦР-анализа.

В конце доклада доцент Федорова И. В. отметила, что привлечение совместного формирования РХБ защиты и медицинского обеспечения к ликвидации источников биологических угроз в интересах группировки КСОР ОДКБ способствовало оперативной и качественной организации полного комплекса мероприятий по биологической защите войск. Полученные практические навыки и умения по организации взаимодействия специалистов войск РХБ защиты и медицинской службы, проведения мероприятий по защите войск целесообразно использовать для совершенствования мер ответного реагирования на чрезвычайные ситуации биологического характера в Вооруженных Силах Республики Беларусь.

Далее с докладом «Эндоскопические технологии в хирургии огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга» выступил старший ординатор нейрохирургического отделения ФГБУ «Главный военный клинический госпиталь имени акад. Н. Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации **Алиев Заирбек Ширавович** (фото 4).



Фото 4

Автор остановился на показаниях к хирургическому лечению позвоночника и спинного мозга:

- Проникающие ранения позвоночника и спинного мозга, сопровождающиеся развитием наружной или внутренней ликвореи;
- Прогрессирование неврологического дефицита с течением времени;
- Компрессия сосудисто-невральных структур костными отломками либо инородным телом (далее – ИТ);
- Развитие нестабильности и противопоказаниях к хирургическому лечению:

- При ранениях позвоночника выше уровня XII грудного позвонка, с признаками синдрома полного нарушения проводимости спинного мозга;
  - Общем крайне тяжелом состоянии раненых.
- Показаниями к удалению ИТ автор считает:

- По срочным показаниям производится в ходе ПХО;
- По отсроченным показаниям:
- При прохождении раневого канала через полые органы
- При развитии инфекционных осложнений;
- В плановом порядке:
- При болевом синдроме и радикулопатии, связанных с воздействием ИТ (любая локализация ИТ);
- При ИТ, локализованных в непосредственной близости от позвоночной артерии, крупных сосудов паравerteбральной зоны, глотки, пищевода.

После демонстрации доклада автор остановился на выводах:

- исследование показывает сокращение времени операции при использовании метода чрескожной эндоскопии;
- метод отвечает требованиям современных представлений о ведении боевых повреждений позвоночника, т. е. удаление, по возможности, всех инородных тел;
- является перспективным направлением при правильном отборе пациентов.

Завершил работу Пленарного заседания Конференции доклад «Готовность населения к оказанию первой помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях» старшего преподавателя кафедры скорой медицинской помощи и медицины катастроф Института повышения квалификации и подготовки кадров здравоохранения УО «БГМУ» **Станишевского Александра Леонидовича**. Целью исследования автора было определение степени готовности населения к оказанию первой помощи (далее – ПП), факторы ее определяющие и пути повышения готовности населения к ее оказанию.

В 2023 году проведено анонимное анкетирование работников топливно-энергетического комплекса Республики Беларусь с использованием разработанных анкет «Готовность к оказанию первой помощи» и «Осведомлённость о правилах оказания первой помощи». Критерием включения в настоящее исследование явилось отсутствие у респондентов медицинского образования. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics 26.0 (IBM Corporation, США) методами непараметрической статистики. Для количественного описания результатов регрессионного анализа использовались отношение шансов (ОШ) и 95 % доверительный интервал (95 % ДИ).

В исследовании приняли участие 894 респондента, представляющие все регионы Республики Беларусь. Представителями мужского пола являлись



Фото 5

86,8 % опрошенных, а жителями городов – 84,5 %. Среди респондентов были представлены все возрастные группы взрослого населения: 7,4 % – от 18 до 24 лет, 10,5 % – от 25 до 29 лет, 32,7 % – от 30 до 39 лет, 24,6 % – от 40 до 49 лет, 17,5 % – от 50 до 59 лет, 7,0 % – от 60 до 69 лет и 0,3 % – от 70 лет и старше. По уровню полученного образования: 5,8 % – общее среднее, 7,5 % – профессионально-техническое, 28,9 % – среднее специальное, 57,4 % – высшее и 0,4 % – научно-ориентированное. Проходили обучение навыкам оказания ПП – 24,9 %, изучали самостоятельно – 9,1 %. Принимали участие в оказании ПП / проведении сердечно-легочной реанимации (далее – СЛР) пострадавшему в реальных условиях – 4,2 %. Высокую степень готовности к оказанию ПП показали 16,6 % респондентов, среднюю – 50,7 %, низкую – 32,7 %.

Достоверными предикторами высокой готовности к оказанию ПП пострадавшему в критическом состоянии являются: мужской пол (ОШ: 2,9; 95 % ДИ: 1,1 – 7,4;  $p = 0,025$ ), предшествующее практическое (ОШ: 2,2; 95 % ДИ: 1,4 – 3,4;  $p = 0,000$ ) или самостоятельное обучение (ОШ: 2,1; 95 % ДИ: 1,1 – 3,9;  $p = 0,024$ ) и участие в оказании ПП / проведении СЛР пострадавшему в реальных условиях (ОШ: 5,5; 95 % ДИ: 2,6 – 11,6;  $p = 0,000$ ).

Основными барьерами для оказания ПП пострадавшему в критическом состоянии в условиях ЧС являются: боязнь причинить непоправимый вред пострадавшему – 48,9 %; недостаток знаний и навыков по оказанию ПП / проведению СЛР – 44,9 %; отталкивающий внешний вид пострадавшего – 17,6 %; боязнь заразиться при контакте с пострадавшим – 14,7 % и боязнь юридической ответственности – 12,6 %.

Полученные данные позволяют обозначить некоторые приоритетные направления оптимизации существующей системы обучения ПП.

Во-первых, это повышение мотивации населения к обучению ПП и ее оказанию посредством полноценного информирования через интернет, социальные сети, телевидение, печатные издания, средства наглядной агитации о важности ПП, правовых и практических аспектах ее оказания, существующих возможностях обучения, проведения флеш-мобов и обучающих проектов.

Во-вторых, это меры по унификации обучения – разработка единого национального учебно-методического комплекса «Первая помощь», включающего разноуровневые образовательные программы и учебные пособия, а также видеоматериалы, средства наглядной агитации. Формирование электронной базы размещения данных материалов – национального сайта «Первая помощь».

В-третьих, введение обязательной учебной дисциплины (учебного предмета) «Первая помощь», подготовка соответствующих специалистов (инструкторов и преподавателей по ПП) для проведения обучения при реализации образовательных программ профессиональной подготовки рабочих (служащих), образовательных программ переподготовки рабочих (служащих) и непосредственно на рабочих местах.

Следует отметить, что Конференция прошла на высоком научно-методическом уровне. Доклады сопровождались дискуссиями, обменом мнениями, что вызвало большой интерес у участников (фото 5).

Обмен опытом по различным вопросам организации медицинского обеспечения войск медицины катастроф, военной эпидемиологии и гигиены, военно-полевой хирургии и терапии позволит совершенствовать методы оказания медицинской помощи пациентам, а также подготовку медицинского персонала.

Поступила 29.07.2024 г.