

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛОР-ОРГАНОВ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Косцова Л.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Военная кафедра

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Новоселецкий В.А.,
подполковник медицинской службы

Актуальность. Структура санитарных потерь хирургического профиля по локализации ранений и травм в вооруженном конфликте на Северном Кавказе существенно не отличалась от других войн за исключением увеличения частоты ранений в голову. При этом организация специализированной помощи раненым имела некоторые характерные особенности.

Цель исследования: проанализировать результаты организации и содержания специализированной помощи при ранениях ЛОР-органов во время боевых действий в Чечне.

Материалы и методы исследования. Анализ литературных источников, содержащих информацию о 12000 раненых и больных, поступивших в лечебные учреждения из района боевых действий в Чеченской республике.

Результаты исследований. На этапе оказания специализированной медицинской помощи хирургическая помощь оказывалась оториноларингологом лишь в 34,4% случаев. В 20,6% случаев в процессе принимал участие невролог в связи с большим количеством закрытой черепно-мозговой травмы. Передняя тампонада носа использовалась в 41,2% случаев.

Первичная хирургическая обработка раны проводилась в 43,6% случаев, удаление свободно лежащих костных отломков в 5,7%, некрэктомия – в 5,7%, репозиция костных отломков в 1,4%. Ревизия раневого канала с удалением инородных тел проводилась в 23,6% случаев. В первые сутки операции производились в 22,7% случаев, в первые пять суток – в 69,8%. Восстановительные и косметические операции составляли 19,3%.

Наиболее часто эвакуация раненых с повреждением ЛОР-органов производилась с использованием авиатранспорта - 74,7% и специального автомобильного транспорта - 17,9%.

Большинство дефектов при оказании медицинской помощи составило неправильное ведение документации, неоправданно большое количество этапов и несвоевременная доставка раненых на этап медицинской эвакуации несвоевременно. В процессе лечебных мероприятий дефекты были связаны с ошибками в оценке состояния и диагнозе, неправильное выполнение приемов медицинской помощи, оказании ее в неполном объеме, поздняя диагностика.

Выводы:

1. Наиболее слабым звеном лечебно-эвакуационной системы явилась организация сортировки и движения ЛОР-пораженных на этапах эвакуации.
2. ЛОР-раненых целесообразно эвакуировать на этап для оказания специализированной медицинской помощи, минуя промежуточные этапы за исключением оказания помощи по жизненным показаниям.

Литература:

1. Брюсов, П. Г. Опыт организации хирургической помощи в период боевых действий в Чеченской республике / П. Г. Брюсов, В. И. Хрупкин // Военно-медицинский журнал. - 1997. - № 6. - С. 4-12.
2. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство для врачей / под ред. Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с.
3. Организация оказания хирургической помощи раненым в гарнизонном госпитале, усиленном специализированной хирургической группой / П. Г. Брюсов [и др.] // Военно-медицинский журнал. - 1999. - № 9. - С. 36-39.