

Выводы

Расширение военной подготовки студентов медицинских университетов в 2023/2024 году и введение актуальных квалификационных требований к подготовке офицеров медицинской службы запаса потребовало значительной переработки учебных планов по специальностям и существенной трансформации образовательной деятельности на военных кафедрах. Увеличение годовой учебной нагрузки на примере военной кафедры учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» составило 91%.

Организовать преподавание клинических военно-медицинских дисциплин в сжатые сроки, в условиях недостатка клинических баз и преподавателей стало возможным благодаря широкому использованию симуляционных технологий.

К положительным результатам следует отнести укрепление преемственности при изучении теоретических и клинических военно-медицинских дисциплин. Оценить качество подготовки офицеров медицинской службы запаса по новым учебным планам представится возможным по окончании 2025/2026 учебного года, когда студенты завершат обучение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об изучении учебных дисциплин на военных кафедрах медицинских университетов : приказ Мин. здрав. от 20 июня 2023 г. № 923 // ЭТАЛОН / Нац. Центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2023.

УДК: 614.88

П. Л. Колесниченко

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждения высшего образования «Ивановский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Иваново, Российская Федерация*

ОРГАНИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА» В ИВАНОВСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Боевые действия в Чеченской Республике, Абхазии и в зоне специальной военной операции на Украине, изменение характера боев, использование новых видов оружия потребовали от медицинской службы изменить тактику оказания первой помощи раненым. Все ранее предлагаемые системы лечебно-эвакуационного обеспечения перестали отвечать требованиям ведения боевых операций. Появился новый раздел военной медицины – «тактическая медицина», который только недавно получил официальное признание.

В основе тактической медицины лежит условное деление территории боевых действий на 3 три зоны:

- красная зона высокой опасности, которая находится под постоянным огнем воздействием противника;
- желтая зона – территория умеренной опасности, не просматриваемая противником, но есть вероятность поражения навесным огнем (мины, снаряды, ракеты) или она может находиться под воздействием беспилотных летательных аппаратов;
- зеленая зона – относительно безопасная, на которой можно развернуть пункты сбора раненых, стабилизационные центры и есть условия для медицинской сортировки и эвакуации на этапы медицинской эвакуации.

При анализе результатов оказания первой помощи, прежде всего, в красной зоне, можно прийти к парадоксальному выводу. Медицинские работники, имеющие большой

опыт работы, но не подготовленные по другим формам обучения, прежде всего по тактической и огневой подготовке, могут менее эффективно оказать помощь раненому, чем военнослужащие, менее знакомые с медицинской составляющей, но умеющие подползти к раненому, лежа оказать ему необходимую помощь и эвакуировать его из-под огня.

Результатом анализа организации оказания первой помощи явилось два документа:

- приказ МО РФ от 09.12.2022 г. №760 «Об утверждении Перечня состояний, при которых оказывается первая помощь военнослужащим ВС РФ...»;
- приказ МЗ РФ от 03.05.2024 г. «Об утверждении порядка оказания первой помощи».

В этих документах учитывается опыт организации оказания первой помощи в районе боевых действий. Впервые в приказе МО РФ все мероприятия первой помощи разделены на две группы: базовый объем для военнослужащих, не имеющих подготовки по оказанию первой помощи и расширенный объем – для лиц, прошедших подготовку по программам подготовки по оказанию первой помощи. Возникает необходимость в медицинских вузах организовать в рамках дополнительного образования циклы по тактической медицине. В Ивановском государственном медицинском университете организовано обучение по двум таким циклам:

- для лиц, имеющих высшее (не медицинское) образование или среднее специальное образование – цикл повышения квалификации (ДПП ПК);
- образовательный и общеразвивающий цикл для лиц, имеющих среднее общее образование.

Объем обоих циклов – 144 часа. Из них – 48 часов – самостоятельная подготовка, 32 часа лекционный блок (допускается дистанционное обучение с использованием обучающих платформ) и 64 часа – практические занятия. Так как необходимо стремиться к тому, чтобы выполнение мероприятий первой помощи было доведено до автоматизма, количество практических занятий, по необходимости, может быть увеличено.

Весь учебный материал состоит из двух разделов.

Первый раздел «Организация оказания первой и медицинской помощи в ВС РФ» носит ознакомительный характер и может быть вынесен на дистанционный режим проведения занятий. Незначительное количество часов практической подготовки выделяется для рассмотрения вопросов организации медицинской сортировки и, в первую очередь, организации первичной медицинской сортировки в очагах массовых санитарных потерь и в желтой зоне района боевых действий.

Второй раздел «Медицинская помощь на поле боя», наоборот состоит, в основном, из практической формы проведения занятия.

В этом разделе главное – обучение слушателей оказанию первой помощи в красной зоне. Несмотря на небольшой перечень проводимых мероприятий, слушатели должны не просто уметь оказывать первую помощь, но и довести свое умение до автоматизма. Работать предстоит в условиях высокого риска, где ошибки или потеря времени могут стоить жизни не только раненому, но и санитару.

Как известно, все мероприятия первой помощи в красной зоне могут быть оказаны в виде взаимопомощи, если раненый без сознания, или в виде самопомощи при сохранённом сознании раненого и при отсутствии условий для быстрого приближения к нему санитару.

Если раненый в сознании, ему необходимо уметь быстро самому себе остановить кровотечение наложением жгута. При этом не всегда есть под рукой турникетный жгут и часто приходится использовать жгут Эсмарха. Значит, надо обучать слушателей приемам наложения такого жгута самому себе.

Многие требования, предъявляемые к наложению жгута в мирное время, в боевой обстановке не выполняются. Жгут должен накладываться не как можно ближе к месту ранения, а, наоборот, как можно выше по конечности. Не обязательно, чтобы туры накладывались ровно и на 2/3 перекрывали друг друга. Не имеет значение то, что туры жгута перекручены. Значение имеют три фактора: скорость наложения жгута (не более 18 секунд), сила наложения жгута и время его наложения. Такие результаты достигаются неоднократным повторением на практическом занятии.

Второе мероприятие в рамках самопомощи в красной зоне – введение самому себе обезболивающего средства. Надо учитывать то, что вероятность смерти от болевого шока незначительна. Поэтому введение сильного наркотического обезболивающего средства (промедол, трамадол) не всегда целесообразно. Но если раненый испытывает нестерпимую боль, возникает такая необходимость. При этом следует выполнять следующие правила. Ни в коем случае не вводить лекарство в раненую конечность. При введении препарата с помощью шприц-тюбика не разжимать пальцы до вытаскивания иглы, иначе препарат за счет сокращения мышц будет выдавлен назад, в шприц-тюбик. Препарат вводить лежа на боку, в здоровую руку или ногу. После использования шприц-тюбика, обязательно положить его себе в карман. На случай возможной потери сознания лучше сделать самому себе отметку на видном месте, например – на кисти руки или на лбу. Следует помнить, что использование наркотических обезболивающих средств может вызвать неадекватную реакцию на происходящее, поэтому использовать промедол или трамадол надо только в крайнем случае.

Оказание первой помощи в виде взаимопомощи начинается с приближения к раненому и переворачивания его на спину. Надо обучать слушателей правильному подползанию и перевороту раненого на спину. Правила наложения жгута и введения обезболивающего препарата такие же, как и в виде самопомощи. Однако выполнять их надо, находясь в одной плоскости с пострадавшим, поэтому часто приходится накладывать жгут или использовать шприц-тюбик вслепую, не поднимая головы. А это очень сложно и требует специальной подготовки. И, наконец, необходимо учиться правильно оттащить раненого в относительно безопасное место. Если раненый без сознания – оттащить его исключительно лицом вниз, если раненый пришел в сознание – лицом вверх или за собой. Перед перемещением раненого использовать дымовые шашки, особенности рельефа местности, разрушенные строения или подбитую технику. Перед приближением к раненому или его оттащивания необходимо заранее продумать маршруты передвижения.

В желтой зоне очередность проведения мероприятий первой помощи зависит от степени угрозы жизни раненого. В первую очередь к таким угрозам относятся: массивное кровотечение, отсутствие самостоятельного дыхания, нарушение проходимости дыхательных путей. Мероприятия второй очереди осуществляются в том случае, если нет непосредственной угрозы жизни. Они проводятся при открытом или клапанном напряженном пневмотораксе, повреждении шейного отдела позвоночника, переохлаждении, переломах костей таза. Одновременно с этим проводятся противошоковые мероприятия. В последнюю очередь выполняются мероприятия, которые не представляют в настоящий момент непосредственной угрозы жизни раненого, но могут привести к развитию тяжелых осложнений в будущем. Алгоритм мероприятий первой помощи в желтой зоне можно изобразить в виде мнемонического индекса – буквенного кода: «К – У – Л – А – К – Б – А – Р – И – Н», где «К» – кровотечение, «У» – удушье, «Л» – легкие, «А» – артерии и вены, «К» – колотун (холод), «Б» – боль, «А» – антибиотики, «Р» – раны, «И» – иммобилизация, «Н» – носилки.

При обучении слушателей особое внимание следует обратить на мероприятия ре-визии жгута, замены его тампонадой раны с использованием «Z»-образного бинта с местными гемостатическими средствами и давящей повязкой с помощью биндажа. В качестве гемостатических средств использовать гемостатики на основе хитозана или цеолита (гемофлекс, гемостоп, гемохит, элларга и т.п). Слушателям надо объяснить, что нельзя выполнять тампонаду раны с использованием местных гемостатиков при ранениях головы, живота или груди.

Далее необходимо обучить слушателей проведению мероприятий при открытом пневмотораксе: наложение окклюзионного пластыря с воздухопроводными каналами на входное отверстие и без каналов на выходное отверстие (при сквозном ранении). При отсутствии пластыря – наложение «П»-образной повязки, без фиксации нижнего края. Также необходимо отработать приемы введения назофарингеального воздуховода.

Есть два, на мой взгляд, спорных мероприятия, которые приказом МО РФ включены в перечень мероприятий первой помощи: пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе и внутрикостное введение кровезамещающей жидкости. Дело в том, что эти мероприятия требуют тщательной специальной подготовки, а также есть высокая вероятность развития тяжелых, а иногда и смертельных осложнений при ошибках в их выполнении. Поэтому необходима тщательная и длительная подготовка слушателей. При неуверенности в своих навыках, следует отказаться от выполнения этих мероприятий и, как можно быстрее, эвакуировать раненого на этап медицинской эвакуации для работы врачей.

Остальные мероприятия (десмургия, приемы транспортной иммобилизации, обезболивание, борьба с переохлаждением и т.д.) отрабатываются во вторую очередь и не представляют большой сложности при обучении слушателей.

Выводы

Изменение тактики ведения боевых действий, использование в большом количестве беспилотных летательных аппаратов и высокоточного оружия изменили тактику организации оказания помощи раненым на поле боя и в ближайшем тыловом районе. Как следствие, требуется изменить организацию обучения оказанию первой помощи не только студентов медицинских вузов и училищ, но и лиц, не имеющих медицинское образование, а также лиц, имеющих общее среднее образование. Также необходимо включить раздел «Тактическая медицина» в курсы подготовки ординаторов и врачей в рамках дополнительной профессиональной подготовки и, обязательно, в курсы подготовки специалистов профессий риска (военнослужащие, пожарные, спасатели, сотрудники дорожно-постовой службы, сотрудники Росгвардии и т.д.)