



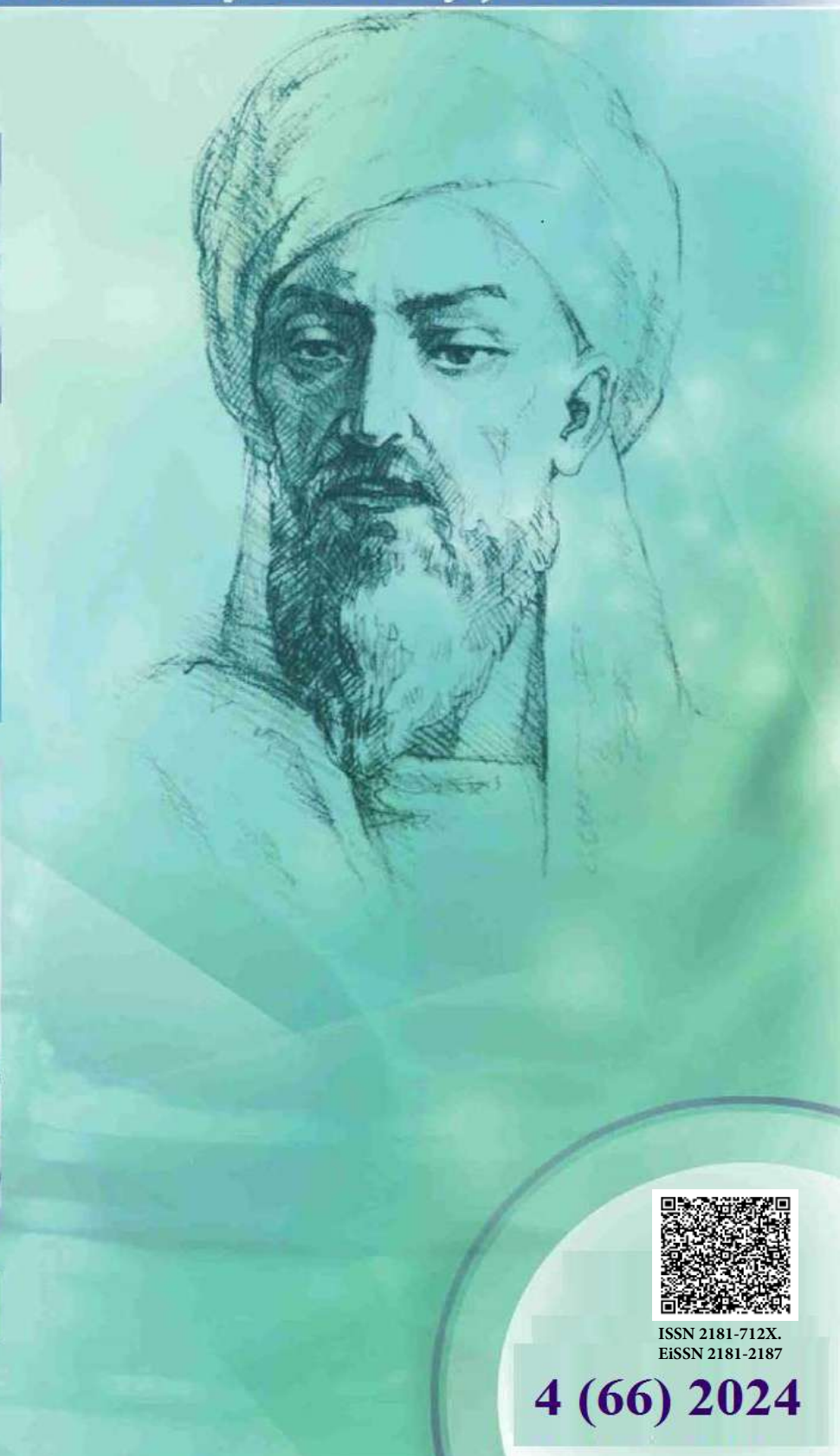
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

UDK 616.379-008.64: 616-092.12: 612.135: 616-073.26

**PROVIDING EMERGENCY MEDICAL CARE TO VICTIMS WITH GUNSHOT WOUNDS
AT THE STAGES OF MEDICAL EVACUATION IN EMERGENCY SITUATIONS**

Mirzaev K.K. Email: MirzaevK@mail.ru

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Resume**

This article is devoted to the experience of organizing the provision of medical care for gunshot wounds in the reformed emergency medical care system of the Republic of Uzbekistan. Analysis of the material showed that within the first hour 79% of the victims were delivered to the hospital. To stop external bleeding in 58.5% of the wounded, a tourniquet was applied, and in 41.5% a pressure bandage was used. There was a shortage of transport immobilization equipment, and therefore was used only in 26.3% of victims; in other cases, immobilization was carried out using improvised means. All procedures during the evacuation stages must be aimed at saving the life of the victim.

Keywords: emergency medical care, victims, gunshot, situations.

**ОКАЗАНИЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С
ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ ПРИ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

Мирзаев К.К.

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Резюме**

Данная статья посвящена опыту организации оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях в реформированной системе экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан. Анализ материала показал, что в течение первого часа в стационар было доставлено 79% пострадавших. Для остановки наружного кровотечения у 58,5% раненых накладывался жгут, у 41,5% применялось давящая повязка. Отмечался недостаток транспортных иммобилизационных табельных средств, в связи с чем использовано лишь у 26,3% пострадавших, в остальных случаях иммобилизация осуществлялась подручными средствами. Все процедуры на этапах эвакуации должны быть направлены ради спасения жизни пострадавшего.

Ключевые слова: неотложная медицинская помощь, жертвы, огнестрельные ранения, ситуации.

**FAVQULOT VAZIYATLARDA TIBBIY EVAKUATSION BOSQICHLARIDA OQ OTAR
YARALARI BILAN JABRLANGANLARGA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM KO'RSATISH**

Mirzaev K.K.

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1
Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ **Rezyume**

Ushbu maqola O'zbekiston Respublikasining isloh qilingan shoshilinch tibbiy yordam tizimida o'qdan jarohatlanganlarga tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish tajribasiga bag'ishlangan. Materialni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, birinchi soat ichida jabrlanganlarning 79 foizi kasalxonaga etkazilgan. Yaralanganlarning 58,5 foizida tashqi qon ketishini to'xtatish uchun turniket, 41,5 foizida esa bosimli bandaj qo'llanilgan. Transportni immobilizatsiya qilish uskunasi etishmasligi mavjud edi, shuning uchun jabrlanganlarning atigi 26,3 foizida foydalanilgan, boshqa hollarda immobilizatsiya qo'l bola vositalar yordamida amalga oshirilgan. Evakuatsiya bosqichlarida barcha protseduralar jabrlanuvchining hayotini saqlab qolishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Kalit so'zlar: shoshilinch tibbiy yordam, qurbonlar, o'q jarohatlari, vaziyatlar.

Актуальность

В последние годы мы являемся свидетелями и участниками череды террористических вылазок экстремистов, география которой распространялась повсеместно [1].

В мире впервые делаются шаги систематизации оказания медицинской помощи мирному населению и военнослужащим при чрезвычайных ситуациях при массовом поступлении пострадавших с огнестрельными ранениями в условиях города [1,2,3].

Раннее оказание специализированной медицинской помощи и перемещение их в близость вооруженных конфликтов является важнейшим направлением этой реорганизации [4,5].

Цель исследования – проанализировать и усовершенствовать принципы оказания ЭМП в чрезвычайных ситуациях при массовом поступлении пострадавших с огнестрельными ранениями, на примере деятельности реформированных подразделений ЭМП Узбекистана (АФ РНЦЭМП).

Материал и метод исследования

Подразделения системы экстренной медицинской помощи в Узбекистане, представляющие собой многопрофильное лечебно – профилактическое учреждение (ЛПУ), наиболее адаптировано к оказанию экстренной медицинской помощи (ЭМП) при террористических актах. Специалисты филиалов РНЦЭМП обладают высокой профессиональной подготовкой с учетом их деятельности в экстренных ситуациях, приданные отделения “скорой помощи” и сан авиации, бригады ЧС в постоянной готовности, делают эти подразделения приоритетными при локальных вооруженных конфликтах в условиях города.

Нами изучен опыт работы службы ЭМП Республики Узбекистан при массовом поступлении пострадавших с огнестрельными ранениями в г. Андижане и случаи огнестрельных ранений из приграничных районов.

Ретроспективно анализируя результаты оказания медицинской помощи (МП) пострадавшим, выяснилось, что они зависели от своевременного оказания специализированной помощи. Нам стало очевидным, что развитие нежелательных осложнений связано с затягиванием оказания адекватной специализированной помощи. В связи с выше сказанным своевременная, быстрая доставка раненых в специализированное учреждение является насущной проблемой, решение которой, продиктовано врачебной необходимостью.

Современная модель оказания экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан, где в структуре имеются повсеместно расположенные отделения и центры экстренной медицины, позволяет на новом уровне выполнять раннюю первичную хирургическую обработку раны, в первые часы (“золотого часа”) с момента ранения в любом областном регионе Республики Узбекистан.

Наша республиканская система экстренной медицинской помощи с учетом распространенности районных, наличием областных центров (13) с координирующим республиканским центром экстренной медицинской помощи в городе Ташкенте, а также мобильной службой скорой медицинской помощи «03» и санитарной авиации (в составе системы), позволяет оказать квалифицированную (КМП) и специализированную помощь (СМП) в ранние сроки после ранения.

Результат и обсуждение

Особенности существующей структуры здравоохранения и использование современных методов лечения, как показал наш опыт, позволили в большинстве случаев в ранние сроки выполнить оперативное вмешательство, максимально сохранить поврежденные ткани, произвести восстановительные операции и избежать развития раневой инфекции.

Особенностями огнестрельных ранений мирного времени мы считаем:

1. Возможность раннего выполнения первой врачебной помощи, противошоковых и реанимационных мероприятий.
2. Приближение во времени специализированной помощи и проведение ранних реконструктивных операций.

Сроки оказания специализированной помощи раненым во многом определяют успех лечения. В течение 1-ого часа в стационар было доставлено 79% пострадавших, в течение 2-х часов – 15%, от 3 – 4 часов – 6%. Противошоковые, реанимационные мероприятия, иммобилизация

конечности, антибактериальная терапия начинались уже на догоспитальном этапе, что в немалой степени влияло на развитие гнойно-септических осложнений. Раннее оказание специализированной помощи, связанное с восстановлением поврежденных сосудов, нервов и костных отломков позволило полноценно и адекватно сохранить утраченные функции конечности.

Реформированная система оказания экстренной медицинской помощи значительно сокращает сроки эвакуации и позволяет в ранний период оказывать квалифицированную и специализированную врачебную помощь.

Учитывая структуру подразделений ЭМП Республики Узбекистан, нами предложена схема лечебно-эвакуационного обеспечения раненных в условиях чрезвычайных ситуаций (рис.1).

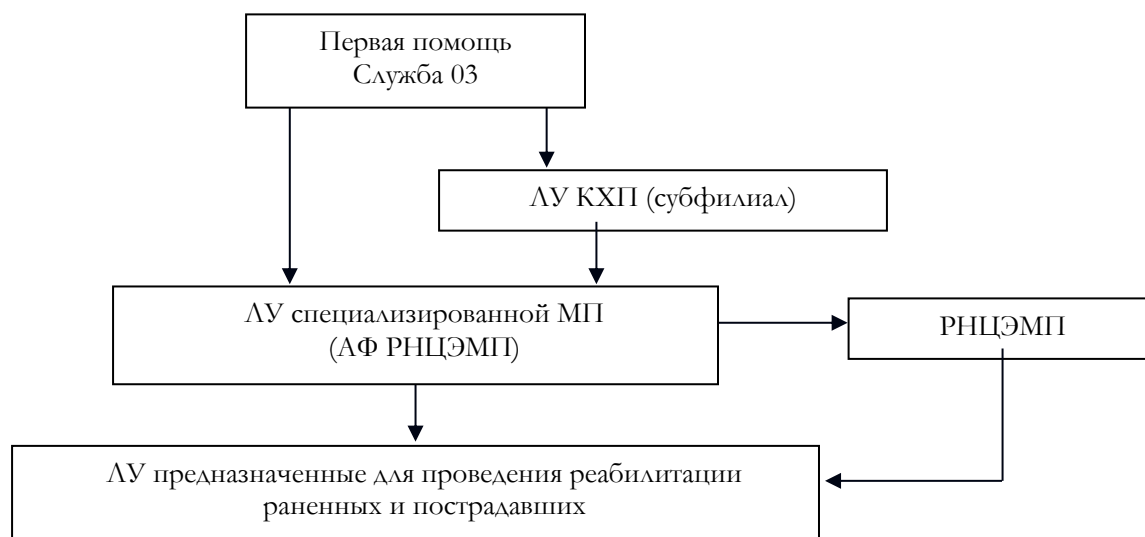


Рис.1. Схема построения системы лечебно эвакуационного обеспечения в условиях ЧС. Организация, содержание, объем ПМП при участии подразделений АФ РНЦЭМП. Первая помощь оказывается непосредственно на месте ЧС.

На организацию МП, раненным в зоне ЧС, решающее воздействие оказывали:

- Внезапность, неожиданность, непредсказуемость чрезвычайной ситуации;
- Отсутствие первичного опыта организации оказания медицинской помощи при террористических актах;
- Многообразие вариантов боевой обстановки в сложных городских условиях;
- Отсутствие и недостаток медицинских знаний и навыков у мирного населения в оказании медицинской помощи в условиях теракта;
- Сложность эвакуации раненных из зоны боевых действий вследствие огневого воздействия террористов даже в сторону машин скорой помощи;
- Учитывая повреждающие действия современного стрелкового и точность снайперского оружия, увеличение потока раненных с тяжелыми и крайне тяжелыми ранениями.

В связи с этим с самого начала конфликта (террористического акта), нами использованы все возможности, позволяющие приблизить медицинскую помощь к раненному.

Для оказания ПП и эвакуации раненых были мобилизованы машины скорой помощи и санитарной авиация в составе врача общего профиля, фельдшера. Медицинское оснащение для оказания ПП включало:

Раствор наркотического анальгетика, кровоостанавливающий жгут, асептический перевязочный материал, средства транспортной иммобилизации, антибиотики, системы и растворы для внутривенного введения.

Эвакуация раненых машинами скорой помощи проводилась в АФ РНЦЭМП для оказания специализированной помощи, при невозможности в подразделения АФ и другие специализированные многопрофильные ЛПУ.

Анализируя опыт оказания помощи при вооруженном конфликте установлено, что служба

«03» с ее возможностями позволила обеспечить условия для быстрой вывозки пострадавших из опасной зоны, расширить спектр оказания медицинской помощи, приблизить оказание врачебной помощи к раненым (в первый час после ранения, медицинская помощь была оказана 79 % раненых).

Использование машин скорой помощи службы «03» и санитарной авиации для эвакуации раненных непосредственно с места событий в специализированные ЛПУ (АФ РНЦЭМП и другие многопрофильные ЛПУ) позволило улучшить качество лечения пострадавших с огнестрельными ранениями. Первая врачебная помощь на догоспитальном этапе являлась подготовкой раненых перед транспортировкой в лечебные учреждения для оказания квалифицированной и специализированной помощи. Подключение врачей службы «03» непосредственно к месту оказания медицинской помощи позволило значительно улучшить качество оказания помощи и предотвратить возможные осложнения полученных травм. Кроме того, опыт событий показал, что использование специалистов с начальной подготовкой по хирургии, анестезиологии – реаниматологии в машинах скорой помощи, санитарной авиации оказалось эффективным и целесообразным, особенно при оказании медицинской помощи тяжело раненым.

Машинами санитарной авиации, находящихся в распоряжении штаба, эвакуировали в основном тяжело раненных из подразделений АФ и других ЛПУ в АФ РНЦЭМП. Штабы подразделений АФ и ЛПУ поддерживали постоянную связь со штабом АФ РНЦЭМП, что позволило организовать эффективное использование сан. авиации для эвакуации раненных.

Изучение анализа истории болезни позволило констатировать, что значительному большинству пострадавших с огнестрельными ранениями была оказана первая помощь (70 %).

Основной целью первой помощи было спасение жизни пациента и предотвращение возможных осложнений. Первая помощь оказывалась непосредственно ранеными, окружающими, средним медицинским персоналом, а также врачами скорой помощи (табл.1).

Таблица 1

Частота выполнения первой помощи выраженные в %

Кем выполнялась первая помощь.	Гражданское население		Военнослужащие	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Оказание ПП в порядке само – и взаимопомощи	31	22,5	22	71,0
Врач скорой МП	82	59,4	5	16,1
Приемно-диагностическое отделение	25	18,1	4	12,9
Всего	138	100,0	31	100,0

Мероприятия оказания ПП представлены в таблице 2.

Таблица 2

Частота выполнения необходимых процедур оказания первой помощи, выраженная в процентах

Процедуры	Необходимо выполнить		Выполнено на самом деле	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Асептическая повязка	169	100	135	79,9
Инъекции наркотических анальгетиков	169	100	102	60,4
Остановка кровотечения	42	24,8	41	97,6
Иммобилизация транспортными шинами	95	56,2	25	26,3
Окклюзионная повязка	2	1,2	2	100

Наложение асептической повязки выполнено большинству нуждающихся. Обезболивающие были введены 60,4 % пострадавших от числа нуждающихся.

Для остановки наружного кровотечения по показаниям накладывался жгут или давящую повязку. У 24 раненых (58,5%) для остановки кровотечения был наложен жгут, у 17 (41,5%)

применялось давящая повязка. При повреждении магистральных сосудов конечности, размождении и обширных травмах накладывали жгут.

Транспортная иммобилизация в связи с недостаточным количеством табельных средств осуществлялась подручными средствами и выполнена у 26,3 %, что является низким показателем.

Заключение

1. В сложных условиях чрезвычайных ситуаций в наших наблюдениях ПП в ранние сроки была оказана большинству раненных.
2. Показатель использования транспортной иммобилизации при оказании помощи оставался низким из-за недостаточного количества простых и удобных средств. Способы выдачи, хранения, использования и отчетности обезболивающего средства промедола приводит к затруднениям его применения при чрезвычайных ситуациях.
3. Доврачебная помощь не имела существенного значения из-за участия в оказании мероприятий ПП врачами скорой МП. Это было обусловлено стремлением быстрее эвакуировать раненых после оказания ПП на этап специализированного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Бадалов В.И., Жуманазаров Б.Я., Озерцовский Л.Б., Гребнёв Д.Г., Головкин К.П., Самохвалов И.М. Особенности современных огнестрельных ранений мирного времени в условиях крупного города. // Скорая медицинская помощь. 2016; 49-56. <https://doi.org/10.24884/2072-6716-2016-17-2-49-56>
2. Дадаев, А.Я. Медицинские аспекты лечения огнестрельных пулевых ранений гражданских лиц во время вооруженного локального конфликта / А.Я. Дадаев, В.В. Масляков, З.Б. Киндаров // Вестн. мед. ин-та «РЕАВИЗ». – 2019; 92–98.
3. Крюков, Е.В. Возможности военно-медицинских организаций по оказанию специализированной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях радиационной природы / Е.В. Крюков, К.А. Булка, Ю.С. Чеховских [и др.] // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. 2021; 153–162.
4. Брюсов П.Г., Самохвалов И.М., Петров А.Н. Проблемы военно-полевой хирургии и хирургии повреждений в программе 47-го всемирного конгресса хирургов. //вмж. 2018; 93-96.
5. Brewster, C.T. Planning for UK terror attacks: Analysis of blast and ballistic injuries / C.T. Brewster, K. Omoke, N.I. Analysis of risk factors for gunshot wound infection in a Nigerian civilian trauma setting / N.I. Omoke // World J. Surg. – 2016; 1885–1891.

Поступила 20.03.2024