

УДК: 616: 355

## ОСОБЕННОСТИ КЛАССИФИКАЦИИ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ СТОЛКНОВЕНИЙ

Г.А. Агаян<sup>1</sup>, С.Г. Галстян<sup>2</sup>, М.Э. Мкртчян<sup>2</sup>, Г.Л. Григорян<sup>3</sup><sup>1</sup>ВМУ МО РА, <sup>2</sup>ЕрГМУ кафедра военно-полевой хирургии, <sup>3</sup>ЕрГМУ кафедра глазных болезней

### РЕЗЮМЕ

Представленная работа поднимает вопрос о важности классификации санитарных потерь в деле оказания наиболее эффективной и усовершенствованной мед. помощи и обеспечения лечения раненых различной степени.

Существуют две общепризнанные классификации, предложенные Б.К.Леонардовым и Л.С.Каминским. Однако они не лишены ряда недостатков. Поэтому, приняв за основу классификацию Л.С.Каминского, нами предложена модифицированная классификация, требующая наличия именных указателей, уточнения методологических расчетов, а также неискаженной информации, что имеет существенное воздействие на планирование действий на различных этапах мед. эвакуации и объема помощи, оказываемой во время каждого из них.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** санитарные потери, классификация, медицинская помощь

Все войны до 1914 г. в историческом контексте можно назвать локальными. После средневековья все они, за редким исключением, происходили в Европе. Этим объясняется то, что исследования, касающиеся санитарных потерь, осуществлялись европейскими учеными. Количество участников этих войн было ограниченным, применяемое оружие не приводило к массовым потерям. Кроме того, в те времена численность состава армии воюющих государств составляла небольшую долю численности населения, почему и проблема санитарных потерь представляла собой не стратегическую, а тактическую задачу.

Всеобъемлющее изучение существующих данных показало, что, несмотря на важность вопросов классификации в деле оказания

наиболее эффективной и усовершенствованной мед. помощи и обеспечения лечения раненых различной степени, вплоть до сегодняшнего дня этим вопросам в условиях локальных войн не присвоен ранг проблемы.

В литературе представлены две классификации, предложенные Б.К. Леонардовым и Л.С.Каминским.

Согласно классификации Б.К. Леонардова (табл. 1), общие санитарные потери подразделяются на две группы: безвозвратные потери, в число которых входят убитые, без вести пропавшие и попавшие в плен, и санитарные потери, которые включают в себя раненных в боях и больных, госпитализированных в медицинские учреждения (подразделения) для получения медицинской помощи и лечения.

Таблица 1

**Классификация санитарных потерь  
(по Б.К. Леонардову)**

Военные потери			
Безвозвратные		Санитарные (боевые и небоевые)	
1	Убитые (умершие до оказания медицинской помощи)	1	Раненые
2	Без вести пропавшие	2	Контуженные
3	Попавшие в плен	3	Обмороженные
		4	Обожженные
		5	Пораженные боевыми отравляющими веществами
		6	Больные
		7	Смешанный состав (разные повреждения)

В литературных источниках отмечены следующие недостатки указанной классификации:

- в ней не учитываются боевые повреждения и заболевания, приводящие к выходу из строя;
- представляется спорным обязательное включение всех обмороженных в санитарные потери: подавляющее боль-

шинство обморожений, в частности, те, которые произошли с военнослужащими в период боевых действий, имеют причинную связь с армейскими боевыми действиями, однако могут наблюдаться также отдельные случаи обморожений бытового порядка, которые не имеют ничего общего с военной службой; подобные обморожения, так

же, как и случайные раны от огнестрельного оружия вследствие неосторожного обращения с оружием или случайные ранения от других видов оружия, не могут входить в число боевых санитарных потерь;

- представляет значительную трудность подтверждение боевого характера повреждений (переломы, контузии, обморожения), которые возникли не вследствие непосредственного применения оружия противника, а в условиях действующей армии;
- самоубийства, которые обычно приписываются небоевым санитарным потерям, в некоторых случаях должны быть включены в боевые санитарные потери, если, например, попав в безвыходное положение и не желая попасть в плен, раненый оставляет последний патрон для себя;
- определенные условия боевой ситуации, театра военных действий и крайней патологии часто приводят к возникновению болезней, носящих характера боевых санитарных потерь, которые порой приводят к более высокой смертности и более неблагоприятны

для боеспособности и трудоспособности, чем огнестрельные повреждения (например, малярия, туляремия и пр.);

- совершенно не учитывается возникновение новых видов боевых хирургических травм, а также иные виды терапевтического поражения.

Сам Б.К. Леонардов всегда подчеркивал, что "для правильной классификации боевых поражений необходимо применять определенный и объективный критерий".

Таким образом, вышеприведенная классификация санитарных потерь, в случае их предварительного оперативного исследования, неудовлетворительна для практических целей.

Классификация Л.С. Каминского (табл. 2) выделяет боевые и небоевые потери, которые, в свою очередь, подразделяются на безвозвратные и временные потери.

Считается, что эта классификация не может целиком применяться во время войны и для оперативных разработок, поскольку в ней возможен повторный учет одного и того же лица: и в группе временных потерь (в качестве демобилизованных), и в группе безвозвратных потерь среди умерших.

Таблица 2

**Классификация санитарных потерь  
(по Л.С.Каминскому)**

<b>Боевые военные потери</b>			
<b>Безвозвратные</b>		<b>Временные</b>	
1	Убитые (умершие до оказания медицинской помощи)	1	Раненые
2	Без вести пропавшие	2	Контуженные
3	Попавшие в плен	3	Обмороженные
4	Умершие по пути до первого пункта оказания медицинской помощи (с боевых позиций)	4	Обожженные
5	Умершие в плену	5	Пораженные боевыми отравляющими веществами
6	Умершие от ран в мед. учреждениях	6	Отправленные в отпуск по боевому ранению
7	Умершие из-за других боевых ранений		
8	Демобилизованные из-за других боевых ранений		
<b>Небоевые военные потери</b>			
<b>Безвозвратные</b>		<b>Временные</b>	
1	Умершие из-за болезни	1	Больные
2	Умершие из-за небоевых травм	2	Отправленные в отпуск по болезни
3	Умершие по самоубийству		
4	Умершие по болезни и из-за небоевых травм		

По мнению Е.И. Смирнова, детальное исследование всего комплекса причин в боевой ситуации, вызывающих санитарные потери, анализ уровня, состава и типовых соотношений отдельных рангов санитарных потерь по-

могают мед. начальникам ориентироваться в различных условиях при расчете возможных потерь. Здесь нет места принятым критериям или механическому подходу по применению кабинетных предположений. Во время войны

«бесполезны устоявшиеся положения и закостенелые нормативы».

Мы уверены, что единственный путь создания дифференцированных нормативов потерь во время различных видов боев – глубокий и всесторонний анализ всех условий конкретной боевой ситуации и воздействие его отдельных элементов на число и характер санитарных потерь. В частности, в условиях локальных войн при изучении военных потерь в случае отдельных боевых действий существенным можно считать учет фактора времени и численности войск сравниваемых групп.

В условиях локальных войн источником данных о санитарных потерях могут служить ежедневные врачебные рапорты, которые должны предусмотреть текущие сведения о выбывших из строя в результате боевых ранений и по болезни. Однако детально разработанные официальные санитарно-статистические сведения и отчеты опубликованы относительно весьма малого числа войн. При этом значительная часть трудов о войнах принадлежит, в основном, перу военных историков. В основе их исследований лежат материалы военных архивов, военные доклады, донесения агентов воюющих армий и нейтральных стран, военных корреспондентов и пр. Во многих подобных исследованиях детально рассмотрены стратегические и тактические стороны отдельных битв и войн, в то время как потери, зачастую, приводятся в общем, обобщенном виде.

Таким образом, действительно существуют проблемы в изучении санитарных потерь в прежних и сегодняшних войнах. Они требуют классификации, наличия именных указателей, уточнения методологических расчетов, а также неискаженной информации, что имеет существенное воздействие на планирование действий на различных этапах мед. эвакуации и объема помощи, оказываемой во время каждого из них.

Для сохранения и поднятия уровня боеспособности армии в современных локальных войнах, приняв за основу классификацию Л.С.Каминского, мы предлагаем модифицированную классификацию потерь (табл. 3), исходя из следующих принципов:

1. в классификацию безвозвратных и санитарных потерь ввести абсолютные и относительные критерии; важность последних объясняется ограниченностью человеческих ресурсов и экономических возможностей малых государств, скудными ресурса-

ми, существующими в здравоохранении, а также важностью для армии создания условий для скорого возвращения в строй раненых. В результате применения подобного предложения изменится политика, проводимая военным руководством по отношению к безвозвратным потерям, а также отношение и подход государственных структур к этому вопросу (возникает возможность скачкообразного роста пополнения личного состава армии);

2. учесть проблему снижения существующего уровня заболеваемости, числа койко-дней, а также инвалидности;
3. основное пополнение в войсках будет уже проводиться за счет воинов, прошедших сквозь горнило войны, что, в свою очередь, значительно повысит боеспособность армии;
4. для сроков лечения в госпиталях в качестве разделительной границы между безвозвратными и санитарными потерями предлагаем принять 3-месячный срок; это предложение основано на следующих фактах:

- в современных военных действиях заметное число составляют множественные и сочетанные травмы, срок лечения которых, как показывает опыт ряда государств, уместается в указанный период. Более того, эти травмы надо рассматривать в категории "относительно безвозвратные потери";
- организм находящегося на лечении более 3 месяцев военнослужащего подвергается дезадаптации, а возврат к военной деятельности занимает достаточное время (1-3 месяца);
- удлинение сроков лечения обратно пропорционально желанию раненых вернуться в строй;

5. среди потерь необходимо предусмотреть минновзрывные ранения.

Понятно, что проанализированные выше вопросы довольно сложные, представленные точки зрения могут быть приняты неоднозначно, предложения в некоторой степени спорные. Однако проблема действительно существует, а ее решение может иметь существенное значение в деле повышения боеспособности вооруженных сил Республики Армения.

## Класифікація санітарних потерь

БОЕВЫЕ ВОЕННЫЕ ПОТЕРИ					
Необратимые					
Абсолютные		Относительные		Временные	
1	Убитые (умершие до оказания мед. помощи)	Находящиеся на лечении в госпиталях более 3 мес.		1	Отправленные в отпуск по боевому ранению, если общий срок лечения не превышает 3 мес.
2	Умершие по пути до первого пункта оказания мед. помощи	Демобилизованные из-за боевых ранений			
3	Умершие от ран в мед. учреждениях	Отправленные в отпуск по боевому ранению, если общий срок лечения больше 3 мес.			
4	Без вести пропавшие				
5	Попавшие в плен				
НЕБОЕВЫЕ ВОЕННЫЕ ПОТЕРИ					
Необратимые					
Абсолютные		Относительные		Временные	
1	Умершие по болезни	Умершие по болезни и из-за небоевых травм		1	Больные со сроком лечения менее 3 мес.
2	Умершие из-за небоевых травм	Демобилизованные по болезни		2	Отправленные в отпуск по болезни, если общий срок лечения не превышает 3 мес.
3	Самоубийства	Больные со сроком лечения больше 3 мес.			
4		Отправленные в отпуск по болезни, если общий срок лечения больше 3 мес.			
ПО ВИДУ ПРИМЕНЕННОГО ОРУЖИЯ ИЛИ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ФАКТОРА					
1	Раненные огнестрельным оружием				
2	Раненные с минновзрывными травмами				
3	Контуженные	в боевых условиях			
		в небоевых условиях			
4	Обмороженные	в боевых условиях			
		в небоевых условиях			
5	Обожженные	в боевых условиях			
		в небоевых условиях			
6	Радиационные повреждения				
7	Пораженные боевыми отравляющими веществами				
8	Пораженные биологическим оружием				
9	Бытовые отравления				

## ЛИТЕРАТУРА

1. Каминский Л.С. // Военно-мед. журнал. - 1946. - № 7-8.
2. Комаров Ф.И., Лобастов О.С. // Военно-мед. журнал. - 1990. - № 5. - С. 3-20.
3. Леонардов Б.К. Наставление по санитарной службе Красной Армии. -М.-Л., 1941.
4. Нечаев Э.А., Грицианов А.И., Фомин Н.Ф. и соавт. Минновзрывная травма. 1994. - 488 с.
5. Чиж И.М., Жилиев Е.Г., Галин Л.Л., и др. // Военно-мед. журнал. - 1995. - № 12. - С. 4-13.

ОСОБЛИВОСТІ КЛАСИФІКАЦІЇ САНІТАРНИХ УТРАТ  
В УМОВАХ ЛОКАЛЬНИХ ВІЙСЬКОВИХ ЗІТКНЕНЬГ.А. Агаян<sup>1</sup>, С.Г. Галстян<sup>2</sup>, М.Э. Мкртчян<sup>2</sup>, Г.Л. Григорян<sup>3</sup><sup>1</sup>ВМУ МО РА, <sup>2</sup>ЄрДМУ кафедра військово-польової хірургії, <sup>3</sup>ЄрДМУ кафедра очних хвороб

## РЕЗЮМЕ

Представлена робота піднімає питання про важливість класифікації санітарних утрат у справі надання найбільш ефективної й удосконаленої медичної допомоги і забезпечення лікування поранених різного ступеня.

Існують дві загальноновизнані класифікації, запропоновані Б.К. Леонардовим і Л.С. Камінським. Однак вони не позбавлені ряду недоліків. Тому, прийнявши за основу класифікацію Л.С. Камінського, нами запропонована модифікована класифікація, що вимагає наявності іменних показників, уточнення методологічних розрахунків, а також неспотвореної інформації, що має істотний вплив на планування дій на різних етапах медичної евакуації й обсягу допомоги, що робиться під час кожного з них.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** санітарні утрати, класифікація, медична допомога

## PECULIARITIES OF THE SANITARY LOSSES CLASSIFICATION IN CONDITIONS OF LOCAL MILITARY CONFLICTS

G.A. Aghayan<sup>1</sup>, S.G. Galstyan<sup>2</sup>, M.E. Mkrtchyan<sup>2</sup>, G.L. G.rigoryan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>MD RA, MMD, <sup>2</sup>Department of Military-Field Surgery, <sup>3</sup>Department of Ophthalmology, YSMU

### SUMMARY

The presented work concerns the question of the importance of sanitary losses classification aimed to the most efficient and advanced medical aid as well as to provide the treatment at different degree of injuries.

There are two well known classifications, one suggested by B.K. Leonardov and the other by L.S. Kaminsky. However they have some defects. So, based on Kaminsky's classification we present the modified classification, requiring the presence of nominal lists qualification of methodological calculations, as well as represent information, which has an essential influence on actions planning on different stages of medical evacuation and help volume rendered during each of them.

**KEY WORDS:** sanitary losses, classification, medical aid

УДК: 616.12 008.313.2 005

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ РАЗНЫХ СТЕПЕНЕЙ АМЛОДИПИНОМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Л.В. Ануфриева

Харьковский национальный автономный университет имени В.Н. Каразина

### РЕЗЮМЕ

Амбулаторно наблюдали 46 пациентов с артериальной гипертензией I-III степени. Оценивали систолическое и диастолическое артериальное давление (САД, ДАД), общий индекс качества жизни (ОИКЖ) и показатели спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (общая мощность спектра (TP) и отношение низко- и высокочастотной составляющей (СПБ)) до лечения, в острой фармакологической пробе и на фоне терапии амлодипином. У пациентов всех групп отмечено достоверное повышение ОИКЖ и высокий гипотензивный эффект амлодипина в группе пациентов с мягкой и умеренной АГ. В группе с тяжелой АГ удалось достичь целевого уровня только для ДАД. В ходе динамического наблюдения отмечено понижение TP во всех группах пациентов и разносторонние колебания СПБ.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** артериальная гипертензия, антагонисты кальция, качество жизни, вариабельность сердечного ритма

Постановка проблемы в общем виде. Артериальная гипертензия (АГ) является широко распространенным заболеванием среди лиц пожилого возраста, что сопряжено с ростом сердечно-сосудистых заболеваний и таких грозных осложнений, как инсульт и инфаркт миокарда [5]. Целью лечения АГ является не только снижение артериального давления (АД) и его контроль в течение суток, но, главное, повышение качества жизни пациентов. Несмотря на разноречивые мнения специалистов относительно использования препаратов группы антагонистов кальция (АК) [7], в последнее время появляются публикации о высокой эффективности и безопасности использования АК третьего поколения – амлодипина [8, 9]. Преимуществами препарата являются высокая гипотензивная и антиангинальная активность, безопасное использование у пациентов старшей возрастной группы и у пациентов с изолиро-

ванной систолической гипертензией, отсутствие негативного влияния на липидный (экспериментальные данные о возможности замедления атеросклеротического поражения сосудистой стенки, особенно на ранних этапах) и углеводный обмен [2, 3], хорошая переносимость, удобный приём 1 раз в сутки и др.

Связь проблемы с важными научными и практическими заданиями. Работа выполнена в рамках НИР «Функциональные пробы и интерпретация исследований вариабельности сердечного ритма» МОН Украины, № госрегистрации 010U003327.

Анализ последних исследований и публикаций. В публикациях и исследованиях последних лет все больше уделяется внимания проблеме АГ, вопросам терапии, повышению качества жизни у этих пациентов. Несмотря на достигнутые успехи в этой области, поиск наиболее оптимального алгоритма