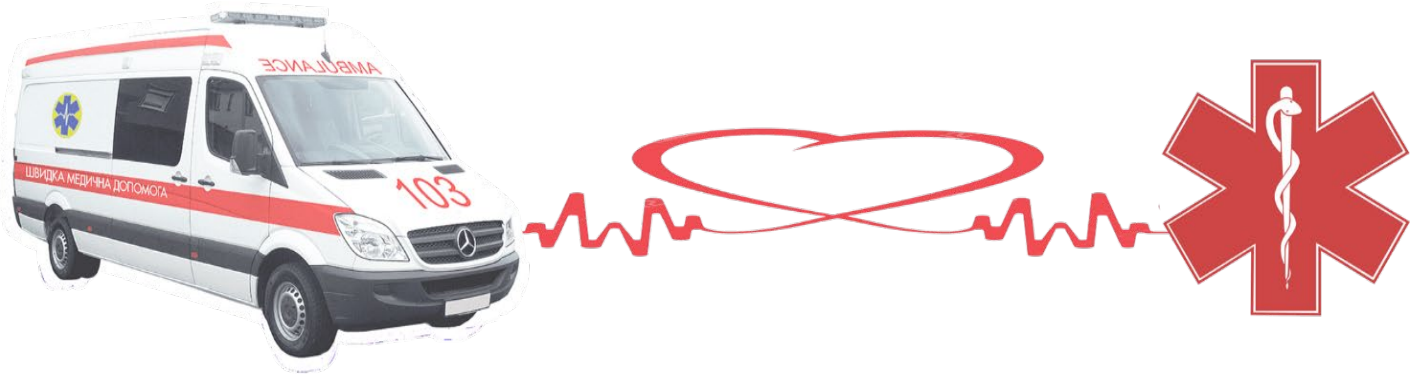
Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет
КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради»
Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації

МАТЕРІАЛИ

III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»

24 лютого 2023 року



ПОЛТАВА
2023

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

Редакційна колегія: Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А., Ляхова Н.О., Краснова О. І., Лавренко Д. О.

«Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти»: Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю. (2023; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 24 лютого 2023 року. [Текст] / ПДМУ; [ред..кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін..]. – Полтава, 2023. – 168 с.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» містять в собі наукові праці з питань орагніазаційних, правових, клінічних аспектів екстреної та невідкладної допомоги в Україні фахівців різних спеціальностей, питанням покращення організації галузі охорони здоров’я та оптимізації роботи лікувальних закладів у період реформування.

УДК 614.88+616-083.98+616-039.74+616-036.11./-036.882-08](063)

©Полтавський державний медичний університет, 2023

ВІТАЛЬНЕ СЛОВО
доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України
ректора Полтавського державного медичного університету,
ВЯЧЕСЛАВА ЖДАНА

Шановні гості, шановні учасники конференції, друзі!

Маю честь привітати Вас на III Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти» від імені колективу Полтавського державного медичного університету.

Нинішня конференція припала на річницю початку повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну. Численні виступи науковців і практичних лікарів присвячені питанням тактичної медицини, екстреної допомоги в умовах військових дій, діяльності системи екстреної медичної допомоги та медицини катастроф в Україні під час ліквідації наслідків обстрілів тощо. Трагічні події в нашій країні дають нові виклики системі охорони здоров'я, в тому числі і системі екстреної медичної допомоги і медицини катастроф, яка є невід'ємною її складовою, що робить питання, які будуть розглянуті на конференції, особливо актуальними та важливими.

Основними задачами наукових конференцій є обмін досвідом та сучасними науковими здобутками серед науковців та практиків, можливість отримати нові знання або вдосконалити існуючі.

Ми раді бачити Вас в нашому Університеті, дозвольте побажати творчого натхнення, плідних дискусій та здобуття нових знань.

З повагою та найкращими побажаннями.
Ректор Полтавського державного медичного університету,
д.мед.н., заслужений лікар України, професор Вячеслав Ждан

Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової

Вельмишановні учасники конференції!

Дозвольте привітати Вас від імені кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою та щиро подякувати учасникам за увагу до нашої науково-практичної конференції «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти».

Організація такої конференції в одному з провідних медичних вишів України, за активної участі не лише науковців, а й фахівців практичної медицини, свідчить як про важливість тематики, так і про інтеграцію академічної науки, управлінського сектору та практичної охорони здоров'я.

Проведення науково-практичної конференції дає можливість обговорити актуальні питання організації та управління системи охорони здоров'я, розглянути шляхи оптимізації та ознайомитися з досвідом інших країн. Незаперечним є необхідність наукового супроводу у вирішення питань організації охорони здоров'я.

Бажаю всім учасникам конференції розширення професійних і партнерських контактів, активного наукового спілкування та продуктивної творчої дискусії.

З повагою та найкращими побажаннями.
Завідувач кафедри громадського здоров'я
з лікарсько-трудовою експертизою,
д.мед.н. професор Ірина Голованова

Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «*Emergency Medical Service*», док. н. гум. Анни Лучиньскої

Dear Colleagues!

The importance of a continuous exchange of information, experiences, research and observations in the field of public health is nowadays crucial for solving the problems resulting from population ageing resulting in higher systemic costs, health hazards due to environmental changes and the increasing demand for new diagnostic and therapeutic tools.

Against this background, scientists face important research challenges in providing medical care to the population, so I want to thank the organizers of the conference for the opportunity to cover such scientific works in the journal Wiadomosti Lekarskie.

With the hope for further fruitful cooperation,
Director of the publishing house ALUNA (Poland)
Publishing Director of the Scientific
Journal Wiadomości Lekarskie Anna Łuczyńska

EMERGENCY PRIMARY MEDICAL CARE OF A FAMILY DOCTOR

Zhdan V. M., Kharchenko N. V., Holovanova I. A., Vovk O. Ya.
Poltava State Medical University

Introduction. Primary health care is the starting point of contact between the patient and the health system, which gives people access to the information and resources they need to achieve optimal health outcomes.

Primary care professionals typically work with many different patients and have extensive knowledge of the various physical, psychological and social illnesses that can affect their patients.

A family doctor must provide emergency care for various life-threatening conditions: cardiac arrest, respiratory arrest, broncho-obstructive syndrome, hypertensive crisis, pain.

The aim. The main goal is to show the importance of primary health care, which is to improve the health of the population by providing easy access to medical care. It also focuses on the person as a whole rather than on the disease of a particular organ, system, or disease. It aims to improve their health and well-being by preventing or addressing any health problems that may or may be present.

Materials and methods. Analysis and synthesis of literary sources and Internet data on the implementation of emergency medical assistance, systematic analysis and generalization.

Review and discussion. From now on, the provision of primary medical care will be based on building trust between the doctor and the patient. The new approach to the functioning of primary care institutions aims to:

to minimize time spent on receiving medical assistance;

increase the safety of medical care and minimize possible harm to the patient's health;

to implement the principles of evidence-based medicine and advanced achievements of world medical science;

to make the provision of primary medical care as cost-effective as possible, to minimize inefficient spending of funds.

In addition, patients have the right to equal medical care, regardless of their race, gender, age, sexual orientation, religious beliefs, material wealth and other factors. The individual needs of each patient will also be taken into account.

According to the World Health Organization (WHO), primary health care practitioners perform several key roles in achieving this goal. This includes:

• Ensuring greater health care coverage

• Prevention of social inequalities in the healthcare sector

• Organization of health services to meet health needs

• Help to make health and healthcare part of public policy in all areas

• Help educate leaders on effective health care

• Increasing the level of participation of all those who have an interest in health, whether they are patients, physicians, public health workers or employees of allied health services.

«The social conditions in which people live greatly affect their chances of being healthy. Indeed, factors such as poverty, social exclusion and discrimination, poor housing conditions, unhealthy conditions in early childhood, and low occupational status are important determinants of most diseases, deaths, and health inequalities across countries, and within the same country» [1].

Even in high- and middle-income countries in the WHO European Region, the ability to survive and be healthy is still closely linked to the socioeconomic status of individuals and families. These opportunities are reflected in large and even increasing health inequalities across Europe.

These health inequalities are unfair and preventable because they are generated by unhealthy public policies and lifestyles influenced by structural factors [2].

It is contrary to the basic human rights principle that "the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health is the right of every human being" [3].

Therefore, upward alignment of the health status of the most disadvantaged socioeconomic groups to that of the more privileged populations should be the main focus of health policy at the international, national and local levels.

An increasing number of countries and international organizations have recognized the importance of closing health gaps.

Improving the health of the population as a whole, and especially of low-income groups, in the countries of Central and Eastern Europe (CCEE) and the Commonwealth of Independent States (CIS) is an urgent and even more important task. Typical trends in the health status of the population as a whole in almost all of these countries are stagnation and deterioration, accompanied by increasing social inequities in health.

International organizations such as WHO also undertake and support efforts to reduce social inequalities in health. Examples of recent WHO activities include the Office of the Commission on Social Determinants of Health [1], the contribution to the development of the Bangkok Charter for Health in a Globalized World [1] and the opening of the new WHO European Office in Venice for Investment in Health. I and development. In fact, one of the core ethical principles in WHO's Health for the 21st Century: Policy Framework for Health for All in the WHO European Region is “health equity and solidarity in action” [4,5]. Achieving equity in health is also proclaimed as a core principle in 34 of the 40 strategies for achieving health for all developed in different countries of the WHO European Region [5], as well as in the Bangkok Charter for Health Promotion in globalized world.

However, a very small number of countries have developed specific strategies to integrate health care policies aimed at overcoming inequalities into economic and social policies.

The perspective of achieving equity is also missing in many special programs focused on different determinants of health, even in those countries that claim that reducing social inequalities in health is a task that is not taken into account in all strategies and programs related to related to health care. It is striking how low the priority of this problem is, considering that people consider health to be one of the most important indicators of well-being.

Although there are significant differences between countries in the extent and causes of social inequalities in health, there is no strategic plan to close these health gaps. Opportunities (and obstacles) for policies to address health inequalities may also vary due to a number of factors, such as political ideologies, institutional frameworks and the power of different global and national interest groups. Thus, the possible political actions presented should be evaluated and refined for each country, taking into account its specificities. However, when assessing and developing country-specific strategies to reduce social inequalities in health, the general analytical approach of the report should be applied in most countries of the European Region [6].

Primary care practitioners are responsible for the ongoing health of their patients by preventing, diagnosing and treating common health conditions. An important aspect of their work is referral to specialists as needed.

They are also in a unique position to understand and study the natural history of the disease, the family environment in which the patient is, and the treatment and follow-up of chronic or relapsing diseases.

When properly implemented, primary health care is very beneficial for the health of patients and also reduces the financial burden on the public health system. This is partly due to fewer hospitalizations and less need for secondary and tertiary care.

Other benefits of primary health care include:

• Expanded access to medical services

• Improving the quality of medical care

• Focus on preventive health

• Early intervention to prevent the development of diseases

• Improving relations with patients

• Reducing the need for specialized assistance

• Economic benefit in the form of several related jobs

However, there are also several barriers to benefiting from primary health care. The shortage of primary care physicians is a serious problem, and the demand for new medical practitioners is currently growing at a faster rate than supply. In addition, the quality of care varies across practitioners, regions, and countries.

Out-of-hours care is typically available in less than half of primary health care centers.

There are different types of primary health care providers who are responsible for ongoing patient care. Each of these can act as a patient's entry point into the healthcare system for advice or referral.

• Attending doctor

• Nurse Practitioner

• Family practice doctor

• Doctor of Internal Medicine

• Gynecologist

• Obstetrician

• Geriatrician

• Pediatrician

Each of these practitioners usually has a specific group of patients they are most suited to. They have a deeper knowledge of the health conditions that typically affect these patients.

The primary care physician or general practitioner is the most common type of primary care provider and has the most general knowledge of patients' diseases as well as the widest variability in their patients.

It is important to note that physicians outside primary health care do not offer the same level of comprehensive and ongoing care as they do in specific medical specialties. Non-physician primary care providers offer some first contact

services such as dietary and lifestyle changes for diabetics and patients with cardiovascular disease.

However, they function best as part of a primary health care team.

Having trust between the primary care physician and the patient is essential to maintaining a strong relationship and maximizing the benefits of primary health care. Because the primary care physician is the population's entry point into the healthcare system, patients should feel comfortable discussing any signs or symptoms they may be experiencing.

They should be able to speak freely about the complications and side effects of any treatment they are taking. They should also be prepared to accept advice and guidance from their medical practitioner accordingly.

It should be noted that every medical practitioner has a unique way of interacting with patients, so people may need to go to several doctors before finding one they feel comfortable and comfortable working with to improve their health and well-being.

Maintaining a proper level of a person’s physical and mental working capacity requires compliance with certain conditions, including a rational regime of the day, a sufficient level of physical activity and rest, active participation in mental activity, abandonment of bad habits and more [7, 8, 9, 10].

Conclusions

If the organization of effective provision of emergency medical care will increase the number of saved lives, therefore, it is necessary to develop emergency medical care programs, conduct a wide information campaign, which is now being done in European countries.

Studying the conditions that allow maintaining physical and mental performance and the effectiveness of professional activity, scientists focus on the appropriate combination of rational nutrition, physical exercise and mental work.

Keywords: urgent, primary, aid, family doctor, primary care

References.

1. World Health Organization. The World health report: 2004: Changing history. World Health Organization. 2004.
2. Whitehead, M. and Dahlgren, G. (2007) Concepts and principles for tackling social inequities in health: Leveling up part 1. Studies on social and economic determinants of population health, No 2. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf
3. Kalin et al. The role of the central nucleus of the amygdala in mediating fear and anxiety in the primate. 2004.
4. WHO Regional Office for Europe, 1999.
5. WHO Regional Office for Europe, 2005.
6. World Health Organization Regional Office for Europe, Margaret Whitehead Göran Dahlgren, Copenhagen, Denmark, 2007. 143.
7. Musita ZA, Muthondeki DK. Assessment of the effectiveness of guidance and counselling establishment programme on administration police officers' self efficacy in Nairobi County, Kenya. Europ J Human Social Scienc. 2021;1(4):102-110.
8. Lentz L., Voaklander D., Gross D.P. et al. A description of musculoskeletal injuries in a Canadian police service. Int J Occup Med Environ Health. 2020; 33(1): 59-66.
9. Bondarenko V, Okhrimenko I, Medvediev V et al. Effectiveness of means of restoring the working capacity of employees of the security and defense sector in the conditions of rehabilitation after injury. Acta Balneol. 2022;1(167): 39- 43.
10. Blynova O, Kisil Z, Tkach T et al. Psychological manifestations of professional marginality of future social welfare professionals. Rev Inclus. 2020;7:218-233.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЕКСТРЕНІЙ ТА НЕВІДКЛАДНІЙ ДОПОМОЗІ. ТЕЛЕМЕДИЦИНА.

Бельмас Е .В.

КНП «Роменська ЦРЛ РМР», м. Ромни

Вступ. У всьому світі відбувається розвиток та впровадження у сферу охорони здоров'я інформаційно-комунікаційних технологій, що дозволяє підвищити доступність надання медичної допомоги у географічно віддалених районах. У 2012 р. до законодавства внесено зміни, які вперше визначили поняття «телемедичні технології». Проєкт Закону України від 14.03.2012 № 10196 (Одержаний ВР України) визначає правові, економічні та організаційні засади функціонування телемедицини, діяльності суб'єктів правовідносин та засади державної політики в цій сфері [3].

При цьому законодавчо передбачено два основні формати використання телемедичних технологій: дистанційна взаємодія медичних працівників між собою та дистанційна взаємодія медичних працівників із пацієнтами та їх законними представниками, у тому числі під час здійснення дистанційного спостереження за станом здоров'я пацієнта [1, 2, 3, 4].

Аналіз спектру телемедичних послуг, що надаються у зарубіжних країнах, допомогає виявити основні напрямки розвитку телемедицини, заповнити нестачу вітчизняного досвіду та визначити шляхи вдосконалення нормативної правової бази у сфері охорони здоров'я, що зумовлює актуальність дослідження.

Мета дослідження – проаналізувати інноваційні технології в екстреній та невідкладній допомозі, визначити особливості телемедицина.

Матеріали та методи дослідження. Чинні законодавчі та галузеві нормативні матеріали проаналізовано за принципом бібліосемантичного та структурно-логічного аналізу.

Результати та дискусія. Надання екстреної медичної допомоги - пріоритетне завдання для області та для держави, адже йдеться про головний її ресурс – життя і здоров'я громадян [6].

Телемедицина – це надання послуг охорони здоров’я працівниками охорони здоров’я що використовують ІКТ для обміну необхідною інформацією з метою діагностики, лікування та профілактики захворювань та травм, проведення досліджень та оцінок, а також для безперервної освіти медичних працівників на користь поліпшення здоров’я населення та розвитку місцевих спільнот [2]. Підкреслимо, що дистанційна медична освіта є частиною телемедицини.

Телемедичні технології можуть використовуватись при наданні наступних видів медичної допомоги:

- первинної медико-санітарної допомоги;
- спеціалізованої, зокрема високотехнологічної, медичної допомоги;
- швидкої, зокрема швидкої спеціалізованої, медичної допомоги;
- паліативної медичної допомоги [4].

Таким чином, телемедицина – надання медичної допомоги на відстані, за допомогою інформаційно-комунікаційних технологій, що все активніше впроваджується у практику охорони здоров’я [1, 2, 3, 4]. Коло питань, які вирішуються за допомогою телемедицини, дуже широке.

Слід зазначити, що основними напрямки телемедицини є:

- рішення у системі «лікар-пацієнт»: телемедичні консультації: консультації у режимі реального часу або відкладені медичні консультації; домашня телемедицина; контроль стану здоров'я особового складу.
- рішення в системі «лікар-лікар»: теленавчання, екстрені консультації, трансляція операцій у реальному часі, мобільні телемедичні комплекси та ін.

Зауважимо, що одним із найвідоміших і найпоширеніших серед телемедичного сервісу є лікарські телемедичні консультації [1]. Застосування сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій дозволяє забезпечити нові форми дистанційного взаємодії між консультованим лікарем та консультантом.

За допомогою відеоконференцзв'язку телеконсультації можуть проводитись у реальному часі. Об'єктом телемедичної консультації може бути клінічний випадок конкретного пацієнта або окремі дані клінічного обстеження. До безперечних переваг телеконсультацій відносять, наприклад, економію часу, економію значних фінансових коштів на наближення консультанта до пацієнту, наближення кваліфікованої медичної допомоги до лікувально-профілактичного закладу і безпосередньо до хворого, можливий консиліумно–діалоговий характер консультації, «ефект присутності», можливість обговорювати відеозображення можливість присутності на консультації ординаторів та інших медичних фахівців-спеціалістів (що надає телеконсультації навчально-методичного та наукового характеру), а також у цілому підвищення якості консультації, що проводиться [2].

Це один із дієвих методів дистанційного надання медичної допомоги пацієнтові, який проходить курс лікування у домашніх умовах. Спеціальне телемедичне обладнання здійснює збір та передачу медичних даних пацієнта з його будинку віддалений телемедичний центр для подальшої обробки спеціалістами. Це важливо, наприклад, для хворих з серцевою недостатністю, що потребують регулярних і частин обстеження.

Комплекс, що включають датчики, що вимірюють температуру тіла, тиск крові, ЗКГ та функції дихання, з'єднатися з настільним монітором, який, свою чергу, автоматично відправляє дані в телемедичний центр.

Лікар використовує систему консультованого лікаря, щоб за допомогою телекомунікаційної мережі та систем отримати консультацію в одного або кількох колег, віддалених від нього відстанню і часом.

Між системами консультованого лікаря та консультантів можуть встановлюватися ні з'єднання, однак у багатьох випадках вони відокремлені одна від одної системами моторошного рівня.

Висновки. Телемедицина – це надання послуг працівниками охорони здоров'я, які використовують інформаційно-комунікаційні технології для обміну необхідною інформацією з метою діагностики, лікування та

профілактики захворювань та травм, проведення досліджень та їх оцінок, а також для безперервної освіти медичних працівників на користь поліпшення здоров'я населення та розвитку професійних спільнот.

Вище були описані такі варіанти застосування телемедичних технологій, як телемедичний консультації та консиліуми, дистанційна освіта, екстрена, домашня та мобільна телемедицину.

Список літератури.

1. Інновації у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним І-66 під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XVI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 16–17 трав. 2019 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. – 332 с.

2. Костріков А. В. Інформатизація сфери охорони здоров'я / А. В. Костріков // Наукове забезпечення економічного розвитку, правового регулювання і управління в агропромисловому комплексі : Міжнародна науково-практична конференція, 29 бер. 2019 р. – Полтава. – С. 204–206.

3. Міністерство охорони здоров'я. Офіційний веб-сайт [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://old.moz.gov. ua/ua/portal/ms_telemedicine.

4. Основи біомедичного радіоелектронного апаратобудування [Електронний ресурс] / С. М. Злепко, С. В. Павлов, Л. Г. Коваль, І. С. Тимчик. – Режим доступу : https://web.posibnyky.vntu.edu.ua/ ren/3zlepko_osnovy_biomedychnogo_radioelektronnogo_aparatobuduvannya/13.html.

5. Про Концепцію Національної програми інформатизації [Електронний ресурс] : Закон України від 04.02.1998 р. № 75/98-ВР. – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/b19/page695/sp:wide:max100.

6. Телемедицина, телепсихологія: перспективи розвитку в Україні / В. В. Короленко, Б. С. Божук, В. В. Мороз, О. А. Божук // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2012. – № 3. – С. 26–29

ЛІКУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ ОПІКІВ ВНАСЛІДОК ОБСТРІЛУ ХІМІЧНИМИ БОЄПРИПАСАМИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Драбовський В.С., Челішвілі А.Л., Подлєсний В.І.

Полтавський державний медичний університет, м Полтава

КП «1-а міська клінічна лікарня ПМР», м Полтава

Вступ. Комбіновані опіки під час бойових дій є передвісником обтяженого перебігу опікової хвороби з непередбачуваними загальними та місцевими наслідками. Одним із обтяжливих факторів дії полум'я є хімічне ураження фосфором, що посилює місцеву термічну дію на тканини та ускладнює загальні прояви опікової хвороби [2, 7].

Бойові запалювальні речовини - це речовини, що призначені для ураження живої сили, техніки, матеріальних засобів супротивника, створення пожеж у зонах його розташування. Сучасні бойові запалювальні речовини характеризуються легкою займистістю, повільним тривалим горінням з високою температурою, стійкістю утворюваного полум'я. Важливою характеристикою сучасних бойові запалювальні речовини є те, що вони, завдяки своїй желеподібній консистенції легко прилипають до об'єктів ураження, що спричинює тривалу дію високої температури безпосередньо на цілі. Окрім високої температури уражуючим фактором може бути токсична дія на людину продуктів горіння чи самої бойові запалювальні речовини [4, 6].

В умовах повномасштабної війни з РФ військові підрозділи країни агресора цинічно бомблять Україну фосфорними бомбами (м. Авдіївка, м. Маріуполь (Донецька обл.), Рубіжне та Попасна (Луганська обл.), населені пункти Криворізького району Запорізької, Миколаївської, Херсонської, Дніпропетровської області та ін.) [3]. Таким чином збільшується ймовірність ураження людей в зоні ведення бойових дій білим фосфором.

Фосфорні бомби – летальні хімічні запальні боєприпаси, споряджені білим фосфором [4]. Білий фосфор – це вогненебезпечна воскоподібна самозаймиста речовина від безбарвного до жовтого світлопроникного

кольору із гострим запахом часнику [5]. Форма, в якій вона використовується військовими, дуже активна і при контакті з киснем повітря легко займається (самозапальний матеріал, згорає повністю). Температура його горіння – близько 800°С. Радіус розльоту (ураження) заряду – до 150 м. При потраплянні на шкіру людини або одяг білий фосфор прилипає до них і продовжує горіти, викликаючи важкі хімічні опіки (випалювання тіла відбувається аж до ураження кісток та кісткового мозку, залишаючи глибинні рани), а також призводить до змертвіння тканин [5]. Ця речовина самозаймається при контакті з киснем (повітрям), тому просто загасити його неможливо. Таким чином, організм отримує не просто опіки та глибинні рани з подальшим розвитком патологічної рубцевої тканини (келоїд), а й призводить до тяжкого отруєння людини, каліцтва, провокує повільну та болісну смерть [1]. Варто зазначити, що застосування фосфорних бомб заборонено «Конвенцією про захист цивільного населення під час війни» (додатковий протокол від 8 червня 1977 року та «Конвенцією про заборону або обмеження застосування конкретних видів звичайної зброї, які завдають або мають не вибіркову дію» від 10.10.1980 року) [3].

Мета. Дослідити та оптимізувати лікування комбінованих опіків отриманих внаслідок поєднаної дії хімічних речовин боєзаряду та термічного фактору.

Матеріали і методи. Історія хвороби. Хворий Б., 46 р. госпіталізований до лікарні у вересні 2022 р, з діагнозом: Опікова хвороба ст. реконвалесценції. Термічний опік полум’ям тулуба лівої верхньої та обох нижніх кінцівок, сідниць, зовнішніх статевих органів II-А, II-Б ст., S=45%. Післяопікові рубцеві контрактури обох колінних суглобів. З анамнезу травму отримав внаслідок бойових дій (цивільний постраждалий від обстрілів фосфорними боєприпасами на сході України - березень 2022 р.). Первинну допомогу отримував в умовах окупації у лікарнях м. Маріуполь та м. Донецьк (з виписки відомо що пацієнт отримував інфузійну терапію, антибіотикотерапію, адекватне знеболення, місцеве лікування ран,

неоднократне оперативне лікування - некректомія, аутодермопластика та ін..). Обстеження (патологічні зміни). При огляді – стійкі рубцеві контрактури обох колінних суглобів з больовими та астено-невротичними розладами, порушення функції суглобів з тенденцією до прогресування негативізації процесу (келоїдозу). Гіпертрофічні келоїдні рубці медіальних поверхонь обох підколінних ділянок з розповсюдженням на медіальні поверхні верхньої третини обох гомілок. Має місце неповна нориця уретри в ділянці основи прутня. Загальний аналіз сечі із запальними змінами, інші загальноклінічні аналізи в межах вікової норми. Лікування. Оперативне лікування в умовах клініки – висічення рубцевих контрактур обох н/к з одномоментним закриттям повношаровими дермальними розщепленими клаптями. В подальшому етапні аутодермопластики - 12 операцій. Консервативна терапія – антибіотикопрофілактика, адекватне знеболення, протизапальна терапія, лімфовенотоніки, перевязки. Місцеве лікування - електрофорез рубців з лідазою, гель контрактубекс та еластичний компресійний трикотаж.

Обговорення. Хворому була надана своєчасна допомога з метою виведення його із опікового шоку та лікування загальних наслідків опікової хвороби в умовах лікарень під окупацією. В той же час належно не були здійснені всі місцеві заходи лікування (закриття опікових поверхонь, своєчасність та етапність лікування, профілактика розвитку келоїдозу) та не надані рекомендації щодо подальшої тактики ведення ран та організації фізіотерапії та реабілітації. Як наслідок – у хворого розвинулись стійкі рубцеві контрактури обох колінних суглобів з тенденцією до прогресування. Після подальшого надання допомоги та хірургічного лікування хворого в умовах клінік м. Полтава, м. Кременчук та м. Київ, хворий виписаний на амбулаторне лікування з рекомендаціями для подальшого лікування, фізіотерапії та реабілітації з розігнутими нижніми кінцівками (з обов’язковим обмеження рухів протягом 6 місяців).

Висновки. Своєчасність та етапність місцевого лікування на всьому протязі лікування опікової хвороби є запорукою збереження

функціональності травмовано-обпечених кінцівок та підвищення подальшого рівня життя людини після реабілітації. Опіки отримані внаслідок комбінації термічних факторів потребують ретельно призначеного та ефективного стартового лікування: загального (виведення із шоку) та місцевого (профілактика компартменту та інфікування і закриття ранових дефектів). Пацієнти із складними комбінованими опіками повинні отримувати своєчасно не лише первинну допомогу, а і не зволікати з часом щодо відновлення та реабілітації в віддаленому періодах лікування.

Ключові слова. Комбіновані опіки, опікова хвороба, аутодермопластика, фосфор.

Література:

1. Вайда Т.С. Долікарська допомога : навч. посіб. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 874 с.
2. Драбовський В.С. Загальна хірургія. Навчальний посібник для студ. стомат. факультетів ЗВО МОЗ України. / В.С. Драбовський, С.І. Панасенко, А.Л. Челішвілі // – Полтава : АСТАРТА, 2022. – 121с.
3. Кучерявець М. РФ продовжує використовувати в Україні фосфорні бомби. URL: https://www.rbc.ua/ukr/news/rf-prodolzhaet-ispolzovat-ukraine-fosfornye-1648360961.html (дата звернення: 17.04.2022).
4. Хірургія надзвичайних ситуацій: навч. посіб. для студентів стоматологічного факультету / [В.Д.Шейко, С.І. Панасенко, А.Л. Челішвілі та ін..] // – Полтава, 2019. – 217 с.
5. Arustamian O. Phosphorus poisoning. / [O. Arustamian, V. Tkachyshyn, V. Kondratiuk et al.] // Emergency Medicine. – 2021. – 16(4). – p. 56–63. https://doi.org/10.22141/2224-0586.16.4.2020.207932
6. Dangleben DA, Madbak FG. Acute care general surgery: Workup and management. Acute Care General Surgery: Workup and Management; 2017. p. 1-171.

7. Michael W. Greenfield's surgery: scientific principles and practice / [W. Michael Mulholland, D. Keith Lillemoe, G. Doherty, et al.] // . 6th Edition. – 2017. − 5916 p.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПАРАМЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ: ОСВІТНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ

Жáра Г. І.

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка,

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Реформування системи охорони здоров'я в Україні здійснюється на засадах пацієнтоорієнтованості і забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг з одночасним підвищенням продуктивності у зайнятості медичного персоналу та оптимізації системи соціальної підтримки [5]. Наразі реалізуються активні дії щодо впровадження міжнародних стандартів як самої медичної допомоги на усіх її рівнях, так і стандартів професійної підготовки кадрового складу для її надання [5; 8]. Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1114 «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги», фахівці, які працюють в бригадах екстреної (швидкої) медичної допомоги, повинні мати професійну кваліфікацію «парамедик» [7].

Мета – проаналізувати тенденції і перспективи розвитку парамедицини в Україні в аспекті системи підготовки фахівців галузі знань Охорона здоров'я.

Матеріали і методи: контент-аналіз і порівняння нормативних документів Міністерства освіти і науки України, Кабінету Міністрів України та інформації сайтів закладів вищої освіти, в яких здійснюється підготовка фахівців галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство зі спеціалізацією «Екстрена медицина» з присвоєнням професійної кваліфікації «Парамедик».

Результати та обговорення. На офіційному сайті Вступ.ОСВІТА.UA було проаналізовано 152 конкурсні пропозиції бакалаврського і 28 пропозицій магістерського рівня, які подавалися закладами вищої та фахової передвищої освіти на 2022 рік. Фільтри пошуку складали галузь знань 22 Охорона здоров'я та спеціальність 223 Медсестринство.

Серед наявних пропозицій було виявлено, що лише 7 закладів мають освітні програми бакалаврського рівня вищої освіти за спеціальністю 223 Медсестринство зі спеціалізацією «Екстрена медицина» та з присвоєнням професійної кваліфікації «Парамедик» [2; 3; 4; 6; 9; 10; 11]. Програми в межах одного закладу (табл. 1) різняться передумовами вступу (тобто попередньо здобутим рівнем освіти, на базі якого здійснюється вступ) і, відповідно, терміном підготовки, який складає від 10 місяців (на базі фахового молодшого бакалавра) до 3 років (на базі повної загальної середньої освіти).

Таблиця 1

Результати аналізу конкурсних пропозицій ЗВО України за спеціальністю 223 Медсестринство зі спеціалізацією «Екстрена медицина» (професійна кваліфікація «Парамедик»)

Назва ЗВО	Базовий рівень освіти	Термін підготовки	Ліцензований обсяг	Подано заяв у 2022 році
Сумський державний університет	ОКР «Молодший спеціаліст»	10 місяців	50	14
Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського	ОКР «Молодший спеціаліст»	1 рік 10 місяців	10	17
	ПЗСО (11 класів)	2 роки 10 місяців	40	84

Львівський медичний фаховий коледж «Монада»	ПЗСО (11 класів)	2 роки 10 місяців	5	7
КЗВО «Волинський медичний інститут»	ОКР «Молодший спеціаліст» та ОПС «Фаховий молодший бакалавр»	1 рік 10 місяців	30	29
Полтавський державний медичний університет	ПЗСО (11 класів)	2 роки 10 місяців	16	19
Ужгородський національний університет	ПЗСО (11 класів)	2 роки 10 місяців	8	54
Житомирський медичний інститут	ОКР «Молодший спеціаліст», ОПС «Фаховий молодший бакалавр», ОС «Молодший бакалавр»	1 рік 10 місяців	5	6
	ПЗСО (11 класів)	2 роки 10 місяців	16	48

На 180 місць ліцензованого обсягу підготовки парамедиків у 2022 році було подано 278 заяв. Це означає, що попит на дану спеціальність перевищує наявні пропозиції більше, ніж у 1,5 рази. Це дає підстави для висновку про перспективність розширення діяльності ЗВО з розробки освітніх програм підготовки фахівців-парамедиків для закриття наявного попиту.

Висновки.

1. Система екстреної медичної допомоги в Україні потребує підготовки фахівців з професійною кваліфікацією «Парамедик» з огляду на реформування медичної галузі і впровадження світових стандартів надання медичної допомоги.

2. Наразі в Україні сім закладів вищої і фахової передвищої освіти здійснюють підготовку майбутніх фахівців спеціальності 223 Медсестринство зі спеціалізацією «Екстрена медицина» з присвоєнням професійної кваліфікації «Парамедик».

3. Оскільки реальний попит на здобуття вищої освіти ОС бакалавр за даною спеціальністю перевищує наявні пропозиції, вважаємо перспективним для медичних і класичних ЗВО України продовжувати роботу з розробки освітніх програм підготовки парамедиків, розширення ліцензійного обсягу підготовки за наявними освітніми програмами, а також створення належного матеріально-технічного і кадрового забезпечення провадження освітньої діяльності за цією спеціальністю.

Список літератури

1. Вступ.ОСВІТА.UA. Медсестринство / Бакалавр / Охорона здоров'я. С. 1–3. URL : https://vstup.osvita.ua/spec/1-0-0/0-110-1555-0-0-150/ (доступ на 23.02.2023).

2. Житомирський медичний інститут. Спеціальності інституту. URL : http://zhim.org.ua/spec_inst.php (доступ на 23.02.2023).

3. Комунальний заклад вищої освіти «Волинський медичний інститут» Волинської обласної ради. Перелік спеціальностей. URL : https://vmi.volyn.ua/vstupnikam/pyeryelik-spyetsialnostyey/ (доступ на 23.02.2023).

4. Львівський медичний фаховий коледж «Монада». Відділення «Лікувальна справа». URL : https://monada.lviv.ua/likuvalna-sprava/#para (доступ на 23.02.2023).

5. Медична реформа. Кабінет Міністрів України. *Урядовий портал.* URL :

https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya (доступ на 23.02.2023).

6. Полтавський державний медичний університет. ОПП Парамедик. URL : https://www.pdmu.edu.ua/n-process/department-npr/opp/bakalavr-nnmi/opp-paramedic (доступ на 23.02.2023).

7. Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги : постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 р. № 1114. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1114-2012-%D0%BF#Text (доступ на 23.02.2023).

8. Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство». Затверджено та введено в дію наказом МОН України від 05.12.2018 № 1344. URL : https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf (доступ на 23.02.2023).

9. Сумський державний університет. Спеціальності Медичного інституту. URL : https://med.sumdu.edu.ua/paramedik/ (доступ на 23.02.2023).

10. Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського. Освітньо-професійна програма Парамедик. URL : https://www.tdmu.edu.ua/2020/12/06/osvitno-profesijna-programa-paramedyk/ (доступ на 23.02.2023).

11. Ужгородський національний університет. Освітня програма «Екстренна медицина / парамедик». 2020 (зі змінами). URL : https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/38478 (доступ на 23.02.2023).

ВИКОРИСТАННЯ ТЕХНІК САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПРИ НАДАННІ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗМІНЕНИХ СТАНАХ СВІДОМОСТІ

Заіка В.М.

Полтавський інститут економіки і права Університету “Україна”, Полтава

Вступ. В умовах, коли людина переживає дуже сильні емоції, з якими вона не може справитись, з метою повернення її до реальності та попередження негативних наслідків таких станів, важливо використовувати техніки та прийоми першої психологічної допомоги. До таких станів можна віднести: сильний стрес, шок, панічні атаки, підвищену тривожність, нав’язливі думки та спогади, флешбеки при ПТСР, біль при гострих та хронічних соматичних розладах, страхи та фобії, суїцидальні або аутоагресивні думки, неконтрольовані прояви агресії, депресія, безсоння, ступор та ін. [1; 2].

Виклад основного матеріалу дослідження. Всі перераховані стани характеризуються тим, що при них людина втрачає контроль свідомості над своїми емоціями, думками та діями, через що в психологічне поле особистості включаються підсвідомі програми та паттерни деструктивної поведінки, які часто, при несвоєчасному їх подоланні, призводять до негативних наслідків на здоров’я пацієнта. Саме тому своєчасно надана перша психологічна допомога в таких станах дозволить уникнути небезпек, до яких може призвести невтручання у стан враженої людини.

По-перше, ні в якому разі не можна залишати людину на самоті та без нагляду, адже це призведе до ще більшого відчуття самотності та безпорадності та до негативних наслідків. В умовах надання самодопомоги, при відчутті настання неконтрольованого психічного стану, потрібно негайно звернутися за допомогою до людей, які знаходяться поруч, або зателефонувати до близької чи знайомої людини чи на лінію екстреної медичної чи психологічної допомоги. Ні в якому разі не залишатися на самоті та не намагатися подолати панічний стан самотужки якщо він дуже

сильний та виникає досить часто останнім часом, окрім застосування технік саморегуляції під час очікування допомоги. Адже він може бути наслідком певного захворювання при якому людина потребує кваліфікованого обстеження спеціалістами та призначення необхідного нагляду та лікування.

По-друге, будь якими способами потрібно привернути увагу людини до себе, або зовнішнього оточуючого світу, розмовляти з нею, підтримуючи, знаходячись поряд. В умовах надання самодопомоги при очікуванні приїзду швидкої допомоги виконувати наступні техніки.

Вправа «5-4-3-2-1» направлена на фокусування на 5 своїх органах відчуття (зоровому, тактильному, слуховому, нюховому, смаковому) та допомагає повернутися в реальність. 5 – знайдіть поглядом в оточуючому просторі почергово п’ять речей, на які спрямуйте свій зір та назвіть їх, роздивляючись їхній колір, відтінки та розміри (наприклад, стілець, шафа, картина, підсвічник, стакан). 4 – відчуйте чотири тактильні відчуття, зосередьтесь на них (наприклад, відчуття одягу на шкірі, сонця на шкірі, поверхню стільця, ланцюжок на шиї чи каблучку на пальці). 3 – напружте слух та намагайтесь почергово виокремити три різні звуки, які лунають навколо, зосередитись на них, почути їх тональність, тембр, голосність тощо (наприклад, звук автомобіля, спів птахів, голоси людей, стукіт серця). 2 – відчуйте два запахи, які можете знайти в навколишньому просторі (наприклад, запах повітря, парфумів чи кави). 1 – відчуйте один смак (наприклад, смак чаю чи води, цукерки чи лимона).

Вправа «Радіо» допомагає контролювати нав’язливі думки, голоси та емоції. Представте подумки, що думки або спогади які вам заважають і ви не можете від них відволіктися, лунають з уявного радіоприймача та не належать вам. Спробуйте віднайти на ньому регулятор гучності та зменшити голосність, або зовсім його вимкнути. Можна пробувати переключати канали до тих пір, поки вам якийсь не сподобається, з якого лунає щось приємне для вас та не викликає негативних емоцій.

Вправа «Хто Я?» дає можливість зосередитись на теперішньому та повернутися в реальність. Пригадуючи про себе будь яку інформацію проговорюйте її вголос (наприклад, я Марія, я жінка, мені 27 років, сьогодні понеділок, 20 лютого 2023 року, я працюю менеджером, зараз я знаходжусь вдома, сиджу на кухні на стільці, переді мною стоїть чашка з чаєм і т.д.) добавляючи різноманітні деталі, поки ви не прийдете до тями та не зосередитесь на реальності.

Вправа «Візуалізація» дає можливість відволіктися від небажаних думок та почуттів, зосередитись на чомусь приємному. Пригадайте або представте внутрішнім зором свої найприємніші спогади чи мрії, пов'язані, чи то з подорожами, чи то з прогулянками чи святами або приємними зустрічами тощо. Також залучаючи всі свої органи чуття намагайтесь відчути всі кольори природи та оточуючого світу, звуки, тактильні відчуття, запахи та смаки. Робіть вправу до тих пір, поки ви не відсторонитесь від неприємних думок і у вас не виникнуть приємні позитивні емоції, зніметься м'язове напруження та відбудеться розслаблення.

Також можна застосовувати інші техніки та вправи психологічної саморегуляції, які допоможуть повернутися в реальність, відволіктися від неприємних думок та емоцій, переключитись на «тут та тепер». Це можуть бути різноманітні фізичні або розумові техніки, вправи на дихання та розслаблення тощо (наприклад, повторення позитивних афірмацій (наприклад, «Я починаю відчувати себе краще»), глибоке дихання, точковий масаж, повторення таблиці множення, молитви та ін.) [3].

Висновки. Таким чином, оволодіння техніками психологічної саморегуляції дає можливість допомогти собі та іншим у змінених станах свідомості повернутися до реальності, відволіктися від неприємних та деструктивних думок та переживань, які можуть виникати раптово та оволодівати свідомістю людини.

Список використаних джерел:

1. Заіка В.М. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу учасників ООС. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*: тези доповідей XIX Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ. 20–21 листопада 2019 р.). У 3-х частинах. Частина 1. К.: Університет «Україна», 2019. С. 49 – 52.

2. Заіка В.М., Моргун В.Ф. Особливості прояву тривожності та фрустраційних реакцій студентів в умовах екзаменаційного стресу. *Актуальні проблеми психології*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2019. Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Випуск 19. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2019. С. 158 – 173.

3. Заіка В.М. Психологічні методики зняття негативних наслідків дії на психіку людини умов стресу. *Молодь: освіта, наука, духовність*: тези доповідей XIV Всеукр. наук. конф., м. Київ, 04–06 квітня 2017 р. У II част., ч. II. К. : Університет «Україна», 2017. С. 150 – 152.

ЕКСТРЕНА ЙОДНА ПРОФІЛАКТИКА ПРИ ЗАГРОЗІ ЯДЕРНОЇ КАТАСТРОФИ: ЯК УНИКНУТИ ПОМИЛОК ТА УСУНУТИ НАСЛІДКИ НЕКОРЕКТНОГО ПРОВЕДЕННЯ

Катеренчук В.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Вступ. Війна в Україні стала величезним викликом для її жителів. Неспровокована агресія та активні бойові дії, акти насилля щодо мирного населення, зростаюча інформаційна напруга щодо ризику застосування ядерної зброї посилила панічні настрої щодо можливої ядерної катастрофи. Розуміння потреби у захисті від дії радіоактивного йоду за відсутності чіткої інформації, а інколи у наданні некоректного плану дій, призвели до невиправданого застосування фармакологічних доз йоду у ситуаціях, коли в

цьому не було необхідності. Це в свою чергу призвело до виникнення побічних небажаних явищ.

Мета. Проаналізувати клінічні випадки некоректного застосування екстреної йодної профілактики та наслідки до яких вони призвели.

Матеріали і методи. Розглянуто клінічні випадки з неправильним та недоцільним застосуванням екстреної йодної профілактики. Проведено оцінку та визначено причини неадекватного вживання йоду та його наслідки для конкретних пацієнтів.

Результати і обговорення. З перших днів війни в Україні громадяни нашої держави зрозуміли повну неадекватність нашого ворога. Буквально одразу постало питання можливого застосування Росією ядерної зброї або здійснення теракту на ядерному об'єкті української енергетичної інфраструктури. Населення України вже має досвід аварії на Чорнобильській АЕС, яка стала найбільшою ядерною катастрофою людства на сьогодні [1]. Більша частина громадян обізнані про негативний вплив радіоактивного йоду та зростання ризику раку щитоподібної залози у постраждалих від аварії. Тому люди розуміли необхідність захисту від можливого ураження. Однак, розуміння потреби у захисті не було підкріплене знаннями щодо правил його проведення.

Нагнітання істерії щодо можливого ядерного тероризму та можливих негативних наслідків для щитоподібної залози, а саме розвитку раку, призвело до неконтрольованого прийому високих доз йоду пацієнтами та стало причиною розвитку у них порушень функції щитоподібної залози. У нас немає навіть наближеної інформації щодо реальної кількості людей, які здійснили прийом йоду, але навіть тієї кількості пацієнтів, які звернулися за подальшою консультацією, достатньо, щоб зробити висновки про непрофесійність осіб, які надавали інформацію стосовно захисту щитоподібної залози від впливу радіації. Постулати, які надавалися через засоби масової інформації: ядерні вибухи призводять до раку щитоподібної залози, для захисту потрібно приймати велику кількість йоду. При цьому не

вказувалося, що йод має прийматися виключно після підтвердженої аварії, профілактичний прийом великих доз йоду є небезпечним, схильність до папілярного раку у різних вікових групах відрізняється – для декого екстрена йодна профілактика взагалі не є доцільною [2, 3]. Як джерело інформування широкого загалу громадськості використовували алгоритм дій для осіб, які знаходяться у безпосередній близькості до місця катастрофи. Розуміючи, що у населення немає доступу до передбачених для екстреної профілактики препаратів йоду, так звані телевізійні експерти детально розписували алгоритми використання сурогатних засобів, які в офіційних рекомендаціях прописані як самий крайній варіант. І це подавалося як алгоритм негайних дій, а не як виключний засіб. Така інформативна політика мала чітко виражені негативні наслідки на здоров'я громадян, які довірливо сприйняли ці рекомендації.

До нас звернулося 12 пацієнтів (3 чоловіка і 9 жінок), які самостійно прийняли препарати йоду з метою екстреної йодної профілактики коли у цьому не було необхідності. За відсутності таблеток калію йодиду призначених для проведення екстреної йодної профілактики пацієнти вживали спиртовий розчин йоду (10 пацієнтів) та розчин Люголя (2 пацієнти). Доза йоду складала від 20 до 60 крапель спиртового розчину йоду або розчину Люголя. Усі пацієнти вказували, що прийняти йод у якості йодної профілактики їх спонукала інформація з засобів масової інформації, зокрема лікаря Комаровського.

З 12 пацієнтів, які звернулися до нас після вживання йоду шестеро відзначали погіршення стану, ще шестеро не відчували погіршення стану, а звернулися з метою отримання рекомендацій щодо подальших дій. До проведення самостійної йодної профілактики у жодного з пацієнтів не було діагностовано патології щитоподібної залози. При проведенні лабораторних досліджень та УЗД щитовидної залози після вживання йоду було отримано наступні результати. У 7 пацієнтів змін щитоподібної залози виявлено не було. У однієї пацієнтки відзначалися сонографічні зміни щитоподібної

залози у вигляді мультинодальності без порушення її функції. У чотирьох пацієнтів ми виявили зміни в гормональному статусі у поєднанні з помірними сонографічними змінами щитоподібної залози, такими як неоднорідна ехогенність, незначна гіпертрофія, тенденція до вузлоутворення. У однієї пацієнтки мало місце транзиторне підвищення рівня в крові Т3 та Т4 при збереженні рівня ТТГ у нормальному діапазоні, що є свідченням помірної деструкції тироцитів по типу Хасі-токсикозу. Дана пацієнтка потребує подальшого моніторингу функції щитоподібної залози, оскільки у подальшому високою є ймовірність розвитку гіпотиреозу. У трьох пацієнтів (2 жінки, 1 чоловік) було діагностовано субклінічний гіпотиреоз. У двох пацієнтів він мав транзиторний характер, у однієї жінки перейшов у явний гіпотиреоз. Таким чином, ми можемо говорити про розвиток йод-індукованої патології щитоподібної залози у третини пацієнтів. Вона проявлялася у вигляді деструктивного тиреоїдиту з з танзиторними або перманентними порушеннями функції щитоподібної залози. Загалом же усі пацієнти, які вжили йод у якості екстреної профілактики потребують подальшого контролю функції щитоподібної залози у зв’язку з ризиком розвитку гіпофункції. Неадекватне запобігання мнимій загрозі призвела/може призвести до реальної патології.

Для запобігання небажаним реакціям з боку щитоподібної залози потрібно чітко слідувати рекомендаціям щодо екстреної йодної профілактики [2, 3]. Передусім, проводитися вона має виключно за умови підтвердженого ядерного вибуху у максимально короткі терміни після події, бажано протягом максимум шести годин. Застосування фармакологічних доз з профілактичною метою до ядерного вибуху є невиправданим та недоцільним, може призводити до небажаних наслідків. Якщо говорити про можливі ефекти радіаційного опромінення щитоподібної залози та негативного впливу радіоактивного йоду, то вони призводять передусім до зростання частоти папілярного раку щитоподібної залози [1, 4]. Це зростання, за умов йодного дефіциту та відсутності екстреної йодної профілактики, може бути

дуже великим, перевищуючи звичні показники у 50-100 та більше разів, що продемонструвала, зокрема, аварія на Чорнобильській АЕС [1]. Однак, стосується це, передусім, районів безпосередньо наближених до місця ядерної катастрофи та місць максимального ядерного забруднення. По-друге, зростання частоти папілярної карциноми відбувається у найбільш вразливих категорій населення – дітей та в період внутрішньоутробного розвитку [1]. Зі збільшенням віку ризик радіойод-індукованої онкопатології щитоподібної залози прогресивно знижується. У дитячому віці відбуваються активні процеси росту тіла та щитоподібної залози, метаболізм її є значно швидшим. По мірі дорослішання активність проліферативних та обмінних процесів у щитоподібній залозі знижуються, реакції на радіаційну індукцію та малігнізацію сповільнюються. Відповідно до сучасних рекомендацій з екстреної йодної профілактики, проведення її у категорії пацієнтів старших за 40 років не є доцільним [2, 3]. Вважають, що у пацієнтів цього віку ризик розвитку радіо-індукованої онкопатології щитоподібної залози є мінімальним і навіть за умови запуску онкопроліферативних процесів, розвиток клінічно значимої карциноми перевищує очікувану тривалість життя пацієнтів. До того ж, папілярна карцинома щитоподібної залози відноситься до високо-диференційованих форм раку й має доволі сприятливий перебіг. Американська тиреоїдологічна асоціація з 2016 року взагалі не відносить інкапсульовані неінвазивні форми папілярного раку до злоякісних пухлин [4]. Безсумнівно, що у молодому та, особливо, у дитячому віці, у період пубертату папілярна карцинома може мати більш агресивний перебіг. Проте, вона не є складною у діагностиці – проведення рутинного моніторингу ультразвукових досліджень щитоподібної залози у пацієнтів з груп високого ризику дозволяє своєчасно ідентифікувати можливу карциному. Наступна тонкоголкова аспіраційна біопсія вузлів щитоподібної залози з подальшим цитологічним дослідженням з високою вірогідністю верифікує наявність папілярної карциноми. За своєчасної діагностики і проведеного оперативного лікування п’ятирічне виживання хворих з папілярною карциномою складає

98-100% [5]. У той же час, серед пацієнтів, які зверталися до нас після неправильно проведеної екстреної йодної профілактики 10 перебували у віковій групі понад 40 років (з них 2 – понад 60 років) та двоє у віковій групі 35-40 років. Тобто, йод вживали переважно пацієнти, у яких взагалі не було такої потреби. У інших вікових категоріях є свої чіткі норми щодо дози йоду для екстреної профілактики [2, 3]: дорослим та підліткам у віці від 13-и років потрібно застосовувати 125 мг йоду, дітям від 3-х до 12-и років – 62,5 мг, дітям від 1 міс до 3-х років – 32 мг, дітям до 1 міс – 16 мг. При цьому, екстрена йодна профілактика має здійснюватися специфічними фармакологічними препаратами калію йодиду. Застосування спиртового розчину йоду та розчину Люголя можливе виключно як крайня міра, оскільки застосування даних препаратів має значно вищий ризик небажаних явищ як з боку щитоподібної залози, так і алергічних. Важливим є також розуміння того, що вживання великих доз йоду є дійсно екстреною мірою, направленою на повне короткочасне блокування функції щитоподібної залози, так званого ефекту Вольфа-Чайкова. За нормальних умов та адекватного йодного забезпечення щитоподібна залоза містить близько 8 мг йоду. Значно вищі дози йоду застосовуються з метою швидкого насичення та перенасичення щитоподібної залози. Ця акція є вкрай необхідною для пацієнтів, які недоотримують йод та перебувають в умовах хронічного йодного дефіциту. Регулярне вживання адекватної кількості йоду з їжею, йодованою сіллю та/або медикаментозними препаратами з фізіологічними дозами калію йодиду є адекватним методом профілактики на лише йод-дефіцитної патології, а й індукованої радіацією карциноми.

Висновки. Екстрена йодна профілактика є ефективним методом профілактики папілярної карциноми, пов’язаної з впливом радіації. Для того щоб бути ефективною вона має проводитися за чітко визначеними алгоритмами у кожній віковій групі і виключно після ядерної катастрофи. Передчасне неконтрольоване вживання фармакологічних доз йоду є

невиправданим і небезпечним, оскільки може призводити до функціональних розладів щитоподібної залози.

Список літератури:

1. Черенько С.М., Смоляр В.А., Шаповал Н.О. Рак щитоподібної залози серед «дітей Чорнобиля»: чи актуальна ця проблема через 30 років після аварії на ЧАЕС? Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. 1 (57) 2017. с. 30-39.

2. Наказ МОЗ від 09.03.2021 № 408 «Про затвердження Регламенту щодо проведення йодної профілактики у разі виникнення радіаційної аварії»

3. National stockpiles for radiological and nuclear emergencies: policy advice. 27 January 2023. 66 p.

4. Nikiforov YE, Seethala RR, Tallini et al. Nomenclature Revision for encapsulated follicular variant of papillary thyroid carcinoma: A Paradigm Shift to Reduce Overtreatment of Indolent Tumors. JAMA Oncol. doi:10.1001/jamaoncol.2016.0386

5. Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C. et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016 Jan;26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020. PMID: 26462967; PMCID: PMC4739132.

ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Катеренчук В.І.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Вступ. У хворих на цукровий діабет (ЦД) можливим є розвиток чотирьох видів специфічних діабетичних ком: кетоацидотичної, гіперосмолярної, лактат-ацидотичної та гіпоглікемічної [1]. Провокуючими факторами їх розвитку є порушення в режимі застосування

цукрознижувальної та іншої супутньої терапії, зміни в харчуванні та режимі дня, стресові фактори. Поширеність та вираженість цих факторів значно зросла під час військової агресії в Україні, що суттєво підвищило ризик виникнення вказаних невідкладних станів.

Мета. Оцінити можливість запобігання розвитку діабетичних невідкладних станів у пацієнтів з ЦД типу 1 та типу 2 під час війни в Україні.

Матеріали та методи дослідження. Ми проаналізовали дані 140 хворих на ЦД (32 з ЦД типу 1 та 108 з ЦД типу 2), яким на базі стаціонарного ендокринологічного відділення та в якості амбулаторної консультативної допомоги була вперше призначена або значимо скорегована цукрознижувальна терапія під час війни в Україні.

Результати та обговорення. За наявності ЦД можливий розвиток чотирьох варіантів специфічних діабетичних ком. Три з них є гіперглікемічними: кетоацидоз, гіперосмолярна, лактат-ацидоз та одна гіпоглікемічна [1]. Лактат-ацидотична кома є найтяжчою та має найгірший прогноз, однак даний варіант коми на сьогодні є вкрай малопоширеним явищем і війна не має суттєвого впливу на частоту її виникнення. Не дуже поширеною є і гіперосмолярна кома, яка розвивається переважно у пацієнтів з ЦД типу 2 внаслідок надмірної втрати або різкого обмеження вживання рідини. Військові дії призводять до обмеження доступу пацієнтів до води, що, за умов неоптимального глікемічного контролю може спричинити розвиток значного зневоднення. Найчастішим варіантом гіперглікемічної коми є кетоацидоз. Даний коматозний стан розвивається внаслідок значного абсолютного дефіциту інсуліну. Він може мати місце в дебюті ЦД типу 1, коли пацієнт не знає про свою хворобу та, відповідно, не отримує інсулінотерапії або в ситуації, коли пацієнти з ЦД типу 1 або типу 2, які отримують інсулінотерапію, втрачають доступ до інсуліну і перестають застосовувати його. Хворі на ЦД є особливою категорією пацієнтів, які загалом обізнані зі своєю хворобою, проводять самоконтроль глікемії і налаштовані на досягнення цілей терапії і запобігання можливим

невідкладним станам. Під час війни ми відзначали зростання частоти звернень хворих на ЦД саме з метою проведення корекції терапії та отримання інформації щодо дій для запобігання розвитку гіпоглікемічної та кето-ацидотичної коми.

Гіпоглікемія та гіпоглікемічна кома є найбільш поширеними невідкладними станами в діабетології. Розвиток цієї коми є зворотною стороною намагань лікаря та пацієнта досягти оптимального глікемічного контролю. Найчастіше гіпоглікемія виникає у пацієнтів, які застосовують препарати інсуліну або препарати, які стимулюють ендогенну його секрецію: похідні сульфосечовини та меглітініди. Хоча й пацієнти на іншій терапії не застраховані від розвитку гіпоглікемії, оскільки сама наявність ЦД є незалежним фактором розвитку гіпоглікемії без прив'язки до терапії, яку отримує пацієнт [2]. Є значна кількість факторів, здатних провокувати розвиток гіпоглікемії: передозування інсуліну, пропуск прийому їжі, надмірна фізична активність та інші. Під час війни пропуски їжі або вживання недостатньої щодо введеної дози інсуліну кількості їжі є основними чинниками розвитку гіпоглікемій.

Основними заходами щодо профілактики настання обумовлених ЦД невідкладних станів є навчання пацієнта, проведення регулярного самоконтролю та корекція інсулінотерапії з метою мінімізації ризику гіпоглікемій [1-3]. За час війни в Україні цукрознижувальна терапія була призначена нами вперше 41 пацієнтові, 99 пацієнтам було проведено корекцію терапії, шляхом заміни препаратів та режиму терапії, переведенню на ін'єкційну терапію або здійснено її спрощення. Переважна більшість пацієнтів отримувала інсулінотерапію в якості цукрознижувальної терапії, значним був відсоток пацієнтів, які отримували препарати сульфосечовини. З усіма пацієнтами проводилося навчання щодо особливостей глікемічного контролю при ЦД, факторам ризику розвитку декомпенсації діабету та появі гіпоглікемій. Ми надавали рекомендації з дієти, режиму дня, проведенню самоконтролю глікемії, ідентифікації факторів ризику значних змін глікемії.

Особлива увага приділялася гіпоглікеміям, як найбільш поширеному варіанту невідкладної патології при ЦД [1, 4]. Зазвичай подібне навчання потребує проведення декількох занять, принаймні одного з кожної тематики. Під час війни дане навчання проводилося експрес-методом, що вимагало надання пацієнтові максимально структурованої та зрозумілої інформації з чітким алгоритмом дій.

Важлива увага приділялася постановці індивідуальних глікемічних цілей [3, 4]. Пацієнти повинні чітко розуміти в яких межах мають знаходитися показники глікемії для запобігання розвитку невідкладних станів та як потрібно діяти, якщо ці показники виходять за цільові межі, у тому числі за умов обмеженого доступу до медикаментів та інших засобів корекції. Пацієнтам, з початково високими показниками глікемії ми акцентували увагу на потребі в зниженні глікемії та вказували на медикаментозні та немедикаментозні методи зниження глікемії. Пацієнтам, які перебували у межах цільового контролю глікемії ми вказували на можливість певної лібералізації контролю глікемії з метою запобігання розвитку гіпоглікемій. Зазвичай для більшості пацієнтів з ЦД є рекомендованим рівень глікованого гемоглобіну у межах 7,0%, що відповідає глікемії натщесерце 4-7 ммоль/л та постпрандіальної до 10 ммоль/л [1, 4]. Під час війни для запобігання гіпоглікеміям ми рекомендували пацієнтам підтримувати глікемію натщесерце у межах 5-8,5 ммоль/л, постпрандіальну – до 12 ммоль/л. Особливої уваги потребують пацієнти похилого та старечого віку з виразною коморбідністю, оскільки у цієї категорії пацієнтів розвиток гіпоглікемії може призводити до найбільш серйозних негативних наслідків. Для таких пацієнтів актуальними є рекомендації Американського коледжу ендокринології з індивідуалізацією показників залежно від наявних факторів ризику [3].

Не менш актуальним питанням була корекція терапії пацієнтів з метою запобігання розвитку невідкладних станів. Задачею ендокринологів у мирному житті є передусім нормалізація (зниження) глікемії з досягненням

цільових показників та відсутністю гіпоглікемій. Для поліпшення глікемічного контролю ми надавали перевагу препаратам з високою ефективністю та низьким ризиком гіпоглікемій. Для пацієнтів з цукровим діабетом типу 1, де інсулінотерапія є безальтернативним методом терапії ми призначали базис-болюсний режим інсулінотерапії з використанням аналогів інсуліну. Інсулінові аналоги мають значно кращий фармакологічний профіль порівняно з людським інсулінами, що дозволяє досягати рекомендованих значень глікемії без зростання ризику гіпоглікемічних реакцій. Безпікові надтривалі аналоги інсуліну (деглюдек та гларгін-100 і гларгін-300) мають більшу, порівняно з людським NPH-інсуліном тривалість дії, яка повністю перекриває добу [5]. При цьому для цих препаратів характерна відсутність періоду максимальної активності, цукрознижувальний ефект є стабільним протягом усього часу дії. Це дає змогу імітувати базальну секрецію інсуліну без потреби у додаткових перекусах, здійснити які у військовий час може бути проблематичним. Швидкодіючі аналоги інсуліну (глюлізин, аспарт та лізпро) дозволяють застосовувати їх безпосередньо перед, під час або одразу після прийому їжі, на відміну від людських інсулінів, які потрібно вводити за 20-30 хвилин до їжі. Таким чином, навіть за повітряних тривог у пацієнта є змога уникнути ситуації, коли інсулін уже введено, а можливості прийому їжі немає. Використання аналогів суттєво знижує ризик гіпоглікемій як у мирний час, так і під час війни. Ми призначали базис-болюсну терапію аналогами інсуліну усім пацієнтам з первинно діагностованим цукровим діабетом типу 1 (9 хворих), а також здійснили перехід на аналоги 23 пацієнтам, які раніше отримували терапію людськими інсулінами.

Пацієнтам з ЦД типу 2 ми акцентували особливу увагу на потребі у запобіганні гіпоглікеміям. Також акцентувалася увага на дотриманні питного режиму для запобігання розвитку гіперосмолярності. Ми консультували 19 пацієнтів з ЦД типу 2, які отримували терапію препаратами сульфосечовини – гіпоглікемізатами з найвищим ризиком гіпоглікемій. Таким пацієнтам, залежно від якості глікемічного контролю, ми рекомендували здійснити

заміну похідних сульфосечовини на інші таблетовані препарати (компенсовані пацієнти) або інсулінотерапію (декомпенсовані пацієнти та пацієнти з обмеженнями до застосування інших видів таблетованої терапії). Серед оральної терапії ми надавали перевагу інгібіторам натрій-залежного ко-транспортеру нирок (дапагліфлозин, емпагліфлозин). Окрім мінімального ризику гіпоглікемій, цим препаратам притаманні органо-протекторні властивості, вони мають переваги у пацієнтів з супутньою серцевою недостатністю та хронічною хворобою нирок. Більшість пацієнтів погодилися на запропоновані зміни: на інші гіпоглікемізати було переведено 10 пацієнтів, на інсулінотерапію – 5 пацієнтів. Четверо пацієнтів з особистих міркувань відмовилися від зміни терапії.

У пацієнтів на іншій оральній терапії та тим, яким терапія призначалася вперше, ми діяли за подібним алгоритмом, обираючи препарати для розширення терапії залежно від ступеню компенсації ЦД. Початкова оральна терапія діабету була призначена 32 пацієнтам. Ми призначали початкову терапію метформіном (15 хворих) та інгібітором натрій-залежного ко-транспортеру нирок (4 хворих) або їх комбінацією (13 хворих). Ці препарати характеризуються найнижчим ризиком гіпоглікемій. Трьом хворим з потребою у схудненні ми призначили терапію ліраглютидом – агоністом рецепторів глюкагоноподібного пептиду.

Призначаючи інсулінотерапію пацієнтам з ЦД типу 2, ми прагнули застосовувати максимально прості режими терапії. Базис-болюсний режим ми призначили дев’яти пацієнтам з виразною декомпенсацією ЦД, глікованим гемоглобіном понад 10% та ознаками абсолютного дефіциту інсуліну. Переважно це були внутрішньо переміщені пацієнти з місця бойових дій та солдати збройних сил України. Для решти пацієнтів ми призначали монотерапію базальним аналогом інсуліну (гларгін, деглюдек – 31 хворих) або фіксовану комбінацію інсуліну з агоністом рецепторів глюкагоноподібного пептиду типу 1 (19 хворих). Ці препарати є простими у

застосуванні, вводяться один раз на добу, мають прості та доступні алгоритми титрування дози [5].

Титрування дози інсуліну є ключовим компонентом успіху інсулінотерапії. Ми призначали пацієнтам інсуліни з можливістю використання максимально простих алгоритмів корекції дози. Перевагу ми надавали інсуліну гларгін-300, гларгін-100 та його комбінації з ліксисенатидом. Для цих препаратів є можливість щоденного титрування дози з кроком в 1 одиницю, що більшістю пацієнтів сприймається як найбільш зручний та безпечний варіант. Частина пацієнтів, зокрема ті, що застосовували деглюдек, детемір або гларгін обирали щотижневу корекцію дози з кроком у 2-3 Од. Цей варіант також є безпечним, зручним та ефективним.

Як наслідок проведеного нами навчання пацієнтів, призначення та корекції існуючої терапії нам вдалося запобігти розвитку гіпоглікемічних та тяжких гіперглікемічних станів: не було зареєстровано жодної гіперглікемічної або гіпоглікемічної коми і навіть тяжкої гіпоглікемії. Епізоди легких гіпоглікемій (у тому числі асимптоматичних з показниками глікемії 3,3-39 ммоль/л) відзначалися у 37 пацієнтів: 34 пацієнтів на інсулінотерапії (включно з фіксованою комбінацією), 2 – у пацієнтів, які застосовували похідні сульфосечовини, 1 – на іншій терапії. Загальна кількість відрапортованих епізодів гіпоглікемій у цих пацієнтів склала – 82 випадки, що загалом відповідає притаманній діабету частоті гіпоглікемії [1]. Таким чином, ми можемо відзначити, що за адекватного навчання пацієнтів та коректно призначеної терапії є шанс мінімізувати ризик розвитку невідкладних станів у хворих на цукровий діабет навіть під час війни.

Висновки:

1. Під час війни суттєво зростають ризики виникнення невідкладних станів у хворих на ЦД, як за рахунок декомпенсації (кето-ацидоз, гіперосмолярна кома), так і падіння глюкози крові (гіпоглікемії).

2. Навчання хворих, індивідуалізація глікемічних цілей, проведення самоконтролю та корекція терапії з застосуванням високоефективних препаратів з мінімальним ризиком гіпоглікемій дозволяє запобігти зростанню частоти невідкладних станів у хворих на ЦД під час війни.

Список літератури:

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2022 Abridged for Primary Care Providers. Clin Diabetes. 2022 Jan;40(1):10-38. doi: 10.2337/cd22-as01.

2. Inzucchi S.E., Bergenstal R.M., Buse J.B.,et al.. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care. 2015 Jan;38(1):140-9. doi: 10.2337/dc14-2441.

3. Garber A.J., Abrahamson M.J., Barzilay J.I. tn al. Consensus statement by the American association of clinical endocrinologists and American college of endocrinology on the comprehensive type 2 diabetes management algorithm - 2018 executive summary. Endocr pract. 2018 jan;24(1):91-120. Doi: 10.4158/cs-2017-0153.

4. Nichols G.A., Kimes T.M., Harp J.B. et al. Glycemic response and attainment of A1C goals following newly initiated insulin therapy for type 2 diabetes. Diabetes Care. 2012 Mar;35(3):495-7. doi: 10.2337/dc11-1171.

5. Madenidou A.V., Paschos P., Karagiannis T. et al. Comparative Benefits and Harms of Basal Insulin Analogues for Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-analysis. Ann Intern Med. 2018 Aug 7;169(3):165-174. doi: 10.7326/M18-0443.

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ТА РОБОТА СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Кравців І.С., Носенко Т.В., Біленко В.О.

КП «Полтавський обласний центр медико-соціальної експертизи» ПОР, Полтава

Вступ. В умовах воєнного стану постає питання надання медичної допомоги для громадян, які сьогодні, як ніколи, потребують уваги з боку медичного персоналу. Ситуація є складною для всіх категорій громадян.

Особливу складність маємо у тих регіонах України, де відбуваються бойові дії, де пошкоджені або взагалі зруйновані лікувальні заклади, де не вистачає медичного персоналу, немає належних умов та необхідного обладнання, лікувальних засобів для надання медичної допомоги як військовослужбовцям, так і цивільному населенню. За офіційними даними Міністерства охорони здоров'я України, з 24 лютого 2022 року на території України пошкоджено понад 600 медичних закладів, з них більше 100 – зруйновано повністю. Майже 400 аптечних закладів не працюють внаслідок руйнації. Задля їхнього відновлення потрібні мільярди гривень, багато часу та спеціалісти. Міністерство планує найближчим часом займатися відновленням відповідних закладів охорони здоров'я, зважаючи на потреби регіонів та населення.

Мета. Визначити особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану та роботу системи екстреної медичної допомоги в Україні під час війни.

Матеріали і методи. В статті використано бібліосемантичний метод, контент-аналізу.

Результати дослідження. Відповідно до Женевської конвенції про захист цивільного населення під час війни цивільні лікарні, організовані для надання допомоги пораненим, хворим, інвалідам та породіллям, за жодних обставин не можуть бути об'єктом нападу, натомість вони завжди

користуються повагою сторін конфлікту й перебуватимуть під їхнім захистом.

Особи, які займаються регулярно й виключно обслуговуванням та адмініструванням цивільних лікарень, у тому числі персонал, призначений для пошуку, підбирання, транспортування та лікування поранених і хворих цивільних осіб, інвалідів та породілей, користуються повагою та перебувають під захистом. Але нажаль, по факту ми бачимо недотримання цих норм під час воєнних дій та масове знищення медичної інфраструктури в багатьох регіонах країни. Також серед медиків велика кількість постраждалих осіб, які наразі не мають змоги працювати та надавати медичну допомогу населенню, що, в свою чергу, створює дефіцит лікарів та допоміжного медичного персоналу.

Інша проблема у наданні медичної допомоги полягає у тому, що на даний момент кількість внутрішньо переміщених осіб в Україні перевищує 8 мільйонів людей. Ця цифра постійно збільшується, що свідчить про вимушеність громадян України покидати свої міста, селища, залишати своє житло. Серед них: особи похилого віку (які, як правило, мають вікові захворювання та проблеми зі станом здоров’я); особи з інвалідністю (які потребують постійного контролю з боку медичних працівників та особливих умов перебування); вагітні жінки (які повинні знаходитись на медичному обліку та систематично проходити обстеження у лікарів певної спеціалізації задля нормального перебігання вагітності); діти (які часто хворіють на сезонні захворювання, потребують належних умов життя, потребують планових щеплень за віком для нормального самопочуття, нормального стану здоров’я та виключення інфекційних хвороб: вітряної віспи, правця, прокази, корі, вірусного гепатиту та інше); особи, які страждають на хронічні захворювання (спадкові, вроджені, набуті). Всі ці внутрішньо переміщені особи можуть потребувати постійної медичної допомоги, але внаслідок воєнних дій вимушені бути далеко від сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів,

педіатрів, що суттєво погіршує стан хворих людей та майже унеможливлює своєчасну медичну допомогу у разі нагальної потреби.

Серед уразливих верств населення в умовах воєнного стану можна виокремити людей з рідкісними хворобами, які потребують постійного прийому лікарських препаратів. Але ж на сьогоднішній день є гостра нестача медикаментів у фармацевтичних мережах через порушений логістичний ланцюг.

Перед державою постали такі проблеми: забезпечити медикаментами аптеки для споживачів та забезпечити лікарськими препаратами заклади охорони здоров'я зі стаціонарним перебуванням пацієнтів. Перебування окремих регіонів України у зоні бойових дій ускладнює процес постачання медикаментів та значно зменшує функціонування закладів охорони здоров'я у цих регіонах. Також додатковий попит на медикаменти через панічні настрої серед населення призвів до дефіциту багатьох лікарських препаратів, які за реальної потреби були б значно необхідніше, ніж просто «на майбутнє». З перших тижнів воєнного стану виникла гостра потреба у лікарських препаратах «L-Тироксин» та «Еутирокс», які є гормонами щитовидної залози та застосовують протягом усього життя як замісну терапію при гіпотиреозі, після хірургічних втручань, а також для попередження рецидивів після видалення еутиреоїдного зоба. Також для підтримання нормального стану осіб, які страждають від хвороби, яка досі залишається однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем суспільства – цукрового діабету, є постійна необхідність у застосуванні інсуліну (гормону пептидної природи для зниження концентрації глюкози в крові). Він є життєво необхідним для хворих пацієнтів, які є залежними від прийому цього препарату. Покращити поставку даних препаратів вдалося завдяки волонтерській діяльності та міжнародній допомозі. Враховуючи складність ситуації в країні, а також збільшення кількості пацієнтів у закладах охорони здоров'я, постає питання медичного сортування постраждалих при масовому надходженні до лікарень. З метою правильного

розподілення сил медичного персоналу та своєчасності надання медичної допомоги Наказом Міністерства охорони здоров'я від 24.02.2022 р. № 374 було затверджено Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі».

Згідно з даним Стандартом медичне сортування постраждалих надає змогу швидко та якісно здійснити початкову оцінку стану постраждалих, що госпіталізуються або самостійно звертаються у відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги, максимально коректно розподілити їх за спорідненими клініко-нозологічними групами та визначити подальший маршрут постраждалого у заклад охорони здоров'я .

Разом з тим, у Стандарті чітко вказано, що варто розрізняти масовий випадок при надзвичайній ситуації та численний випадок. У першому випадку мова йде про наявність великої кількості постраждалих, при якому неможливим є повноцінне надання необхідної медичної допомоги кожному постраждалому, враховуючи сили та засоби лікувального закладу. А численний випадок, у свою чергу, визначається як така кількість постраждалих, коли виникає можливість одночасно надати відповідну медичну допомогу, враховуючи сили та засоби лікувального закладу. Також варто відмітити, що при медичному сортуванні постраждалих проводиться попереднє обстеження щодо виявлення травм або невідкладних станів у постраждалого та прогнозу по збереженню життя. Один стан дуже швидко може змінювати інший, тому пропонується безперервно оцінувати ситуацію на всіх етапах надання медичної допомоги задля швидкої реакції та своєчасності медичного реагування.

Алгоритм медичного сортування надає змогу покращити якість надання медичної допомоги у ситуаціях масового надходження постраждалих до закладів охорони здоров'я та при відповідному дефіциті сил медичного персоналу та засобів.

Відповідно до Стандарту, постраждалі розподіляються на окремі групи (категорії) сортування у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги: постраждалі, які мають сумнівний прогноз щодо успішності лікування, з огляду на важкість/характер травми/невідкладного стану та за умови дефіциту сил та засобів для надання медичної допомоги в повному обсязі; постраждалі, що знаходяться в критичному стані та потребують негайного виконання заходів/маніпуляцій, що рятують життя; постраждалі, надання допомоги яким може бути відкладено на декілька годин без загрози для життя; 4) постраждалі, стан яких стабільний, надання допомоги може бути відкладено на тривалий час без загрози для життя.

Згідно з розподілом на відповідні категорії передбачено, що пріоритет у наданні екстреної (невідкладної) допомоги віддано категорії 2 (передбачено зупинку зовнішньої масивної кровотечі, відновлення та забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, забезпечення функції кровообігу). Після цього медична допомога надається постраждалим категорії 3. Наступними допомозі підлягають постраждалі категорії 1, а категорії 4 медична допомога надається в останню чергу. На період воєнного стану, з метою збільшення одночасного надання медичної допомоги населенню, яке постраждало внаслідок воєнних дій в Україні, дозволено залучати до роботи іноземних медиків.

За даними Міністерства охорони здоров’я в Україні на теперішній час працюють 230 іноземних медичних працівників, ще понад 2 тисячі іноземних фахівців подали заявки на приїзд до України з метою допомоги українським медичним працівникам рятувати пацієнтів (здебільшого, це представники Литви, Ізраїлю та Німеччини).

Також Міністерство охорони здоров’я України дозволило залучати до роботи лікарів-інтернів, молодших спеціалістів з медичною освітою і лікарів-спеціалістів без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії та здобувачів медичних закладів вищої освіти.

Наказом МОЗ України від 26 лютого 2022 року передбачено, що керівники закладів охорони здоров'я у період дії воєнного стану мають допускати у добровільній формі до надання своєчасної, безперервної допомоги постраждалим медичних працівників-іноземців та осіб без громадянства, які перебувають в країні на законних підставах, за умови наявності у них підтверджувальних документів про відповідну освіту та професійну кваліфікацію. Цим документом також визначено: забезпечення належних умов для ефективної організації залучення лікарів та інших медичних працівників до надання допомоги постраждалим, які надходять до закладів охорони здоров'я; надання інформації про залучення до роботи з постраждалими лікарів-іноземців та осіб без громадянства до МОЗ України; забезпечення надання медичної допомоги із залученням іноземних медичних працівників, що відповідають вимогам до професійної освіти та кваліфікації тієї країни, в якій працює відповідний медичний працівник, з дотриманням вимог законодавства про захист персональних даних.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 27.02.2022 року на період запровадження воєнного стану в Україні, з метою покриття медичними послугами осіб, які постраждали внаслідок воєнних дій в Україні, до надання медичної допомоги та виконання інших заходів, які є необхідними для її надання, залучаються лікарі-інтерни, молодші спеціалісти з медичною освітою, а також лікарі-спеціалісти без вимог щодо атестації на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії. МОЗ України рекомендує у першу чергу залучати до роботи лікарів-інтернів, які проходять практичну підготовку в інтернатурі на момент залучення.

Першочерговою медичною допомогою повинні бути серцево-легенева реанімація, зупинка кровотечі, допомога при інсульті, переохолодженні, опіках, удавленні, втраті свідомості та важкі поранення.

Варто зауважити, що у зоні бойових дій медична допомога може надаватися пораненому військово-польових умовах в так званих «червоній», «жовтій» та «зеленій» зонах.

«Червона» зона передбачає надання медичної допомоги безпосередньо на територіях, де проходять обстріли та унеможливлює переміщення постраждалого у медичні заклади.

Для «жовтої» – характерна зона тактичного укриття, де й надається невідкладна медична допомога.

А в «зеленій» зоні розташовані мобільні польові шпиталі (як військові, так і цивільні) та спеціалізовані клініки, де вже є необхідні лікувальні засоби, препарати та медичне обладнання.

Тож підкреслимо, що під час надання медичної допомоги цивільному населенню та військовослужбовцям в умовах воєнного стану застосовується тактична медицина. Вона передбачає, що кожен боєць сучасної армії має володіти прийомами надання медичної допомоги в бойових умовах (це певні базові навички для надання невідкладної само- та взаємодопомоги усіма штатними та підручними засобами).

Висновок. Отже, можемо зробити висновки, що будь-які теоретичні знання необхідно закріплювати практичними навичками у наданні медичної допомоги, особливо це стосується невідкладної медичної допомоги в умовах воєнного стану. Для цього необхідно максимально залучати спеціалістів та фахівців у сфері медичної діяльності, щоб спільними зусиллями медичний персонал, представники державної влади, міжнародна гуманітарна підтримка та волонтерські організації мали змогу врятувати у цей складний час якомога більше людей від поранень, захворювань та негативних наслідків хронічних хвороб. Тільки спільними зусиллями можливо здобути позитивний результат для якісної та своєчасної медичної допомоги як цивільному, так і військовому населенню.

Список літератури:

1. Конвенція про захист цивільного населення під час війни. Женева. 12 серпня 1949 року. Поточна редакція від 08.02.2006. № 3413-IV. С. 18.

2. Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі». Наказ МОЗ України від 24.02.2022 р. № 368.
3. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджений Наказом МОЗ України від 24.02.2022 р. № 368. С. 5.
4. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджений Випуск 1(42), 2022 85 Наказом МОЗ України від 24.02.2022 р. № 368. С. 7-8
5. Про залучення лікарів-інтернів та деяких інших осіб до виконання заходів, пов'язаних із наданням медичної допомоги особам, які постраждали під час надзвичайної ситуації, яка виникла в період воєнного стану в Україні. Наказ МОЗ України від 27.02.2022 р. № 385.

ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АЛІЯНС З ПАЦІЄНТОМ ВІЙСЬКОВИМ ДЛЯ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ. ДОСВІД ЦЕНТРУ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ.

Лебедєв В.А.[1], Чернов А.А.[2]

[1]відділення медичної реабілітації КП
« ПОКЛ ім. М.В.Скліфосовського ПОР», Полтава
[2]відділення психологічної реабілітації КП
«ПОКЛ ім. М.В.Скліфосовського ПОР», Полтава

Вступ. З початком Російсько-української війни в 2014 році та повномасштабного вторгнення агресора в Україну в лютому місяці 2022 року проблема соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій та Захисників Батьківщини в Україні набуває дуже широких масштабів, адже кількість ветеранів військовослужбовців весь час збільшується [2]. Успіх психологічної реабілітації залежить від встановлення довірливих стосунків з військовим пацієнтом [4]. Особливо важливо встановлення психологічного альянсу під час роботи над психологічним відновленням та медичною

реабілітацією військовослужбовця, адже від становлення довірливих відносин залежить те наскільки активно пацієнт ділиться травматичним досвідом, інтегрує його до системи свого життєвого досвіду та повноцінно виконує вправи та рекомендації психолога.

Основна частина. Основою психологічної роботи завжди були стосунки в системі «людина-людина» при узгоджених ділових стосунках, робота психолога проходить легко та без зайвого супротиву зі сторони захисних механізмів пацієнта. І на противагу цього недовіра та підозрілість з боку пацієнта може зруйнувати всю систему психологічної реабілітації, в наслідок чого програє і пацієнт, не отримуючи належного рівня послуг і спеціаліст, який не може якісно та в повному обсязі ці послуги надати.

Система продуктивних робочих стосунків з пацієнтом військовослужбовцем, який звертається до психолога, отримала назву *психологічний альянс.* Так, за визначенням *терапевтичний альянс* - це (франц. alliance, від allier - з'єднувати) контракт між психологом і клієнтом щодо того, яку саме проблему буде розв'язано в процесі терапії і який результат за спільною згодою можна вважати задовільним [6].

Специфіка встановлення терапевтичного альянсу з пацієнтом військовослужбовцем полягає в тому, що повернувшись із зони виконання бойових завдань його психіка набула нових адаптивних властивостей серед яких: відсутність довіри до оточуючих, підозріле ставлення до медичного персоналу, замкнутість, відсутність бажання вступати в комунікативну взаємодію зі спеціалістами, лікарями та ділитися з ними своїм травматичним досвідом, пов’язаним з виконанням бойових дій, смерть побратимів, обставини власного поранення, контузії або травми [1]. Дуже важливим питанням є також гендерний аспект соціально-психологічної адаптації [3]. Проблема встановлення терапевтичного альянсу вирішується на двох рівнях комунікативної взаємодії: на вербальному та не вербальному.

На *вербальному рівні* пацієнту треба пояснити хто такий психолог і що ви збираєтесь з ним обговорювати, чому важливо структурувати

травматичний досвід та як зменшити його вплив на подальше життя пацієнта. Важливо проявляти емпатію до почуттів та переживань пацієнта військовослужбовця, не поспішати з висновками та розпитуваннями особливо подій, які стосуються психологічної травми, дати працювати пацієнту у зручному для нього темпі. На першій зустрічі важливо задовольнити потребу у безпеці, практично це реалізується тим, що пацієнту роз'ясняється для чого прийшов психолог та нагадується про те, що зараз йому нічого не загрожує. Важливо обговорювати з пацієнтом його тривоги та побоювання, які він сам ініціює в розмові про себе.

На *невербальному рівні* рекомендується використовувати техніку активного слухання, давати зрозуміти пацієнту, що ви розумієте про те, що він говорить. Важливо працювати з пацієнтом в одній репрезентативній системі (аудіальна, візуальна, кінестетична). На етапі знайомства використовувати техніку невербального віддзеркалення не свідомих рухів тіла пацієнта військовослужбовця. Рекомендуємо уникати закритих невербальних поз та контролювати свої не вербальні реакції на повідомлену пацієнтом інформацію. Вище описана техніки не вербальної комунікації створюють підсвідоме почуття довіри, яке гарантує продуктивну психологічну роботу психолога з пацієнтом військовим в подальшому.

Висновки. Формування терапевтичного альянсу є важливою передумовою всієї подальшої реабілітаційної роботи спеціаліста психолога. Надійний терапевтичний альянс зменшує активність захисних механізмів психіки пацієнта військовослужбовця, що в свою чергу дозволяє йому ділитися з психологом своїм травматичним досвідом. Специфіка пацієнта військовослужбовця, що повернувся з зони виконання бойових завдань, має низький або недостатній рівень стійкості до бойового стресу та тимчасово не відповідає вимогам, що пред'являються до військовослужбовців в умовах бойової діяльності полягає у зміненому стані всього психічного апарату, який активно захищається від зовнішніх впливів.

Список використаних джерел:

1. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: дисертація на здобуття наукового ступеню доктора наук. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України 2020. 660с.
2. Заіка В.М. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій в Україні. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality*: тези доповідей XV Всеукр. наук. конф., м. Київ, 17–19 квітня 2018 р. У III част., ч. III. К. : Університет «Україна», 2018. С. 144 – 145.
3. Заіка В.М. Гендерний аспект соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції до умов мирного життя. *Психологічні виміри культури, економіки, управління* : Науковий журнал / [відповідальний ред. О.М. Лозинський]. Україна, Львів. Випуск XII, 2018. С. 6 – 16.
4. Заіка В.М. Посттравматичний стресовий розлад учасників АТО: проблеми комунікації та адаптації. *Актуальні проблеми сучасного дискурсу в теоретичній та прикладній лінгвістиці*: Матеріали IV Регіон. наук.-практ. конф., м. Полтава, 5 грудня 2019 р. Полтава : Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна», 2019. С. 295 – 298.
5. Мушкевич М.І., Чагарна С.Є. Основи психотерапії : навч. посіб.; за ред. М.І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ РАДІАЦІЙНОМУ УРАЖЕННІ

Левков А.А.[1], Баштан В. П.[2] , Почерняєва В. Ф.[2],. Васько Л. М.[2], Москаленко П. О.[3], Москаленко І. В.[4]

[1]Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава

[2]Полтавський Державний Медичний Університет, Полтава

[3]Навчально-науковий інститут Сумського державного університету, Суми

[4]Сумський державнийо університет, Суми

Військові дії в сучасній війні будуть вестися з високою активністю і граничної напруженістю. Вони викличуть великі втрати у військах і серед

населення, руйнування потенційно небезпечних об'єктів, енергетичних центрів, гідротехнічних споруд, освіта великих зон руйнувань, пожеж і затоплень. Основною формою протидії у війні є збройна боротьба - організоване застосування збройних сил і засобів ураження для досягнення певних політичних і військових цілей, сукупність військових дій різного масштабу. До звичайних засобів ураження, при застосуванні яких можуть виникати втрати серед населення, відносяться ракети і авіаційні боєприпаси, в тому числі високоточні, боєприпаси об'ємної детонації, касетні і запальні. Найбільшою ефективністю володіють високоточні системи звичайної зброї, які забезпечують в автоматичному режимі виявлення і надійне знищення цілей і об'єктів противника одним пострілом (пуском). До основних видів високоточних боєприпасів відносяться керовані ракети різних класів і планують авіаційні бомби, мають круговий, ймовірне відхилення від заданої мети не більше 10 м.

Фактори ураження аварій на радіаційно небезпечному об’єкті. При аваріях на радіаційно небезпечному об'єкті діятимуть ті ж самі фактори, що й при вибуху атомної бомби (рис. 1):

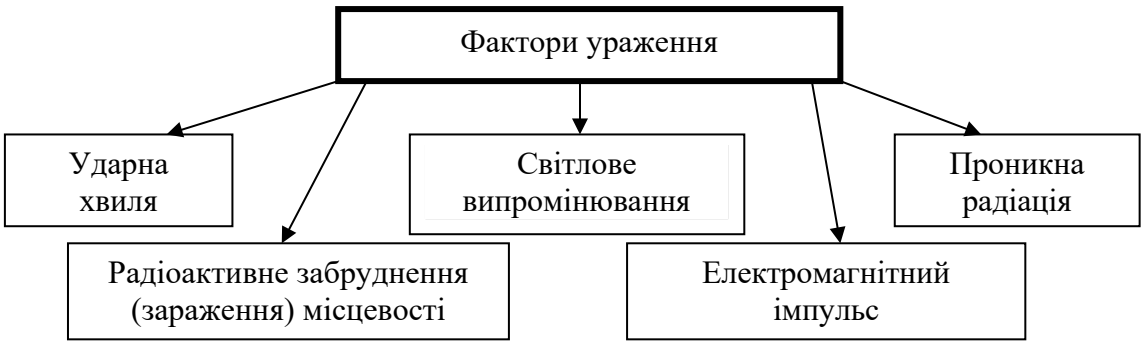


Рис. 1. Фактори ураження ядерного вибуху

При дії випромінювання, енергія поглинається біомолекулами, які іонізуються і збуджуються, пошкоджуються і перетворюються в активні радикали (радіотоксини). Вони (радіотоксини) виходять із опроміненої тканини і попадають в лімфу, кров і переносяться до непошкоджених тканин, проникають в середину клітини і проявляють свою радіометричну дію. Головне в дії іонізуючого випромінення є пошкодження ядерних структур,

(ДНК). ДНК функціонує в складному комплексі хроматину, ядерної мембрани, яка надзвичайно чутлива до дії іонізації. Коли мембрана змінюється вона веде до порушення ферментної системи. Радіотоксини діють на ядро, хромосоми, хроматин, ДНК, і утворюються клітини з мікроядрами, дегенеративним мітозом, утисканням хроматину. Наступають морфологічні зміни в клітинах тканин.

Іонізуючі промені діють на полісахариди - гіалуронову кислоту, яка розпадається і ушкоджується мембрана і з'єднуючі тканини. Дія на білки проявляється розривом водневих зв'язків, сульфгідрильних містків призводить до порушення імунної системи. При дії на ліпіди порушуються біомембрани, від яких залежать функція ядра, мітохондрії, лізосоми.

Радіоактивне забруднення місцевості виникає в результаті випадіння радіоактивних речовин із хмари ядерного вибуху. Це не прореагована частина ядерного пального (уран, плутоній), продукти поділу речовин, які є складовими ядерного пального (до 400 радіоактивних ізотопів 36 хімічних елементів: цезій - 134 і 137, плутоній - 238, 239, телурій-132 - з періодом напіврозпаду до десятків років; цезій - 135 - тисячу років та інші), а також частинки радіоактивного ґрунту, в результаті дії потоку нейтронів ядерного вибуху (натрій, кремній, йод та інші). Період напіврозпаду хімічних елементів з наведеною радіацією становить від декількох годин до декількох діб. Так, йод-131 найнебезпечніший в момент вибуху.

Альфа-частки не можуть проникати ні через одяг людини, ні через шкірний епітелій. Тому, якщо джерело випромінювання альфа-часток знаходиться поза організмом (зовнішнє опромінювання), вони не представляють якої-небудь серйозної небезпеки для здоров'я людей. Проте при попаданні цього джерела всередину організму, наприклад, з їжею або повітрям альфа-частки стають небезпечними для людини (внутрішнє опромінювання).

Бета-частки затримуються одягом, а при зовнішньому опромінюванні відкритих ділянок тіла людини залежно від величини енергії

випромінювання вони можуть затримуватися в шкірному епітелії, викликаючи його пігментацію ("ядерна засмага"), опіки шкіри або утворюючи виразки на тілі.

Особливу небезпеку для здоров'я представляють джерела бета-випромінювання при внутрішньому опромінюванні.

Гамма-випромінювання володіє високою проникаючою здатністю через речовини, у тому числі і через тканини тіла. Висока проникаюча здатність гамма-випромінювання робить його однаково небезпечним як при внутрішньому, так і при зовнішньому опромінюванні.

Нейтронне випромінювання має місце тільки при штучному радіоактивному розпаді. Нейтрони нейтральні, тому потік володіє високою проникаючою здатністю, залежною від густини опромінюваної речовини і енергії нейтронів. Він небезпечний і при зовнішньому, і при внутрішньому опромінюванні.

Найважливішою характеристикою будь-якої радіоактивної речовини є період його напіврозпаду. Час, протягом якого радіоактивна речовина втрачає половину своєї активності, називають періодом напіврозпаду ($T\ ^1/_2$). Кожна радіоактивна речовина характеризується незмінним, характерним тільки їй, періодом напіврозпаду. Період напіврозпаду обернено пропорційний активності.

У зонах радіоактивного забруднення місцевості під час аварій на АЕС наявні два основні чинники радіаційної небезпеки:

а) *зовнішнє-випромінювання* — вид радіонуклідів, що містяться у повітрі в момент проходження радіоактивної хмари переважно від радіоактивних опадів, що випали на землю; у цьому випадку відбувається загальне опромінення всього тіла людини, яка з часом зменшується;

б) *внутрішнє опромінення* — в результаті вдихання радіонуклідів із хмари викиду, тих, що потрапили із опадів на місцевості в повітря, і тих, що потрапили в організм людини із забрудненими РР водою і їжею. Це

призводить до опромінення окремих органів і тканин тіла і справляє менший вплив, ніж загальне г-опромінення.

Важливою особливістю аварійного викиду радіоактивних речовин є те, що вони є дрібнодисперсними частинками, що володіють властивістю щільного зчеплення з поверхнями предметів, особливо металевих, а також здатністю сорбуватися одягом і шкірними покривами, проникати в протоки потових і сальних залоз. Це знижує ефективність дезактивації (видалення радіоактивних речовин) і санітарної обробки (заходи щодо ліквідації забруднення поверхні тіла людини).

Радіоактивний стронцій накопичується в кістках, а цезій - в м'язовій тканині. Період напіврозпаду цих радіоактивних речовин близько 30 років, що обумовлює можливість тривалого надходження їх в організм з водою і продуктами харчування, вирощеними на забруднених територіях.

Радіаційні ураження можуть скласти значну частину санітарних втрат. Вони будуть виникати як у момент ядерного вибуху, так і на сліді радіоактивної хмари. У залежності від дози і характеру випромінювання, а також ряду інших умов опромінення (короткочасне чи тривале, рівномірне чи нерівномірне, одноразове чи повторне, зовнішнє, внутрішнє чи змішане тощо) клінічний перебіг уражень, методи їх діагностики, профілактики і лікування визначаються певними особливостями, що враховують біофізичні характеристики іонізуючих випромінювань і патогенезу променевих хвороб.

Відповідно до умов випромінення можливий розвиток наступних основних клінічних форм променевих уражень людини:

- гостра променева хвороба (ГПХ);
- хронічна променева хвороба (ХПХ);
- місцеві радіаційні ураження (радіаційні опіки);
- поєднані радіаційні ураження (ГПХ+радіаційний опік);
- комбіновані радіаційні ураження (ГПХ+травма+опік, тощо).

Медичні наслідки опромінення у людини можуть бути різноманітними, причому зміни виникають як в постраждалого, так і у його нащадків.

Розрізняють соматичні (нестохастичні) — тобто безпосередні ефекти радіаційного впливу, вони можуть бути ранні або пізні. Безпосередні наслідки: гостра променева хвороба, хронічна променева хвороба, деструкція щитоподібної залози, катаракта, променеві ураження шкіри, психо-емоційні розлади). Стохастичні (ймовірні) — тобто віддалені ефекти радіаційного впливу, що складають соматичні (передчасне старіння організму, скорочення тривалості життя, ріст загально соматичної патології, лейкози, рак щитоподібної залози, рак молочної залози, рак легень та інші види пухлин, патологія вагітності і пологів, розвиток склеротичних процесів), генетичні ефекти (домінантні мутації, генетичні дефекти, хромосомні порушення), тератогенні (розумова відсталість, вроджені вади розвитку дітей), психосоматичні розлади.

Радіаційні опіки виникають в результаті прямої дії іонізуючого випромінювання нейтронів, гамма- і бета-променів, коли сумарна доза рівномірного разового фракційного опромінення складає 1Гр і більше. Вражаюча дія альфа-часток не виражена. Потрапляючи на шкіру, вони затримуються її роговим шаром.

Для обмеження накопичення радіактивного йоду в щитоподібній залозі слід призначити калію йодид 0,2 по 1 таблетці в день протягом 10 діб.

При діагностиці променевих уражень виникають певні труднощі. Визначити ступінь тяжкості променевого опіку можна лише на 3-15-ту добу з моменту опромінення.

Лікування радіаційних опіків слід починати якомога раніше. В період первинної еритеми слід застосувати місцеву гіпотермію. Здійснити інфільтрацію уражених тканин 0,25% розчином новокаїну. Провести новокаїнову блокаду за Вишневським або ввести внутрішньовенно 20-30 мл 0,5% розчину новокаїну. Для профілактики виникнення тріщин шкіру змастити стерильною олією. При виникненні пухирів накласти пов'язки, змочені розчином (1:5000) фурациліну. Відшарований епідерміс зрізати.

Опіки I—II ступенів лікувати консервативним методом. При опіках III—IV ступенів застосовувати хірургічні методи лікування.

Гостра променева хвороба (ГПХ) – гостре полісиндромне захворювання, що розвивається після однократного, повторного або пролонгованого протягом декількох годин або днів зовнішнього опромінення, внутрішнього опромінення всього організму, при змішаному опроміненні глибоко проникаючого іонізуючого випромінювання в дозі більше 1 Гр. Клінічна форма ГПХ і ступінь її тяжкості залежать від дози опромінювання.

Радіопротектори (радіозахисні засоби) – це хімічні медикаментозні засоби синтетичного або біологічного походження, введення яких в організм перед його опроміненням призводить до меншого ураження іонізуючим випромінюванням радіочутливих тканин та прискорення їх відновлення, що сприяє зниженню ступеня тяжкості променевого ураження. Використання радіопротекторів після опромінення практичного ефекту не дає.

Радіопротектори належать до найрізноманітніших класів хімічних сполук.

Прикладне значення мають такі дві групи:

а) радіопротектори короткочасної дії:

1) відновлювачі, до яких відносять сірковмісні сполуки (цистамін, цистеїн, меркаптоетиламін, гаммафос та ін.), антиоксиданти (аскорбінова кислота, вітамін Е, токофероли та ін.);

2) препарати, які викликають гіпоксію клітин та тканин (метгемоглобіно-утворювачі, ціаніди, нітрити та ін.);

б) радіопротектори пролонгованої дії:

1) препарати з анаболічними властивостями (естрогени);

2) полімери поліаніонної природи (гепарин, полісахариди, нуклеїнові кислоти, полінуклеотиди, деякі вакцини, синтетичні полімери).

Заходи першої медичної допомоги:

1. Захист органів дихання, зору та шкіри від безпосередньої дії вражаючих факторів аварій на радіаційно-небезпечних об’єктах, шляхом використання засобів індивідуального захисту (одягають протигаз, респіратор, ватно-марлеву пов'язку).

2. Якнайшвидше виведення (винесення) потерпілого з осередку ураження.

3. Проведення часткової санітарної обробки відкритих ділянок тіла проточною водою з милом; дезактивація одягу, взуття та ін.

Екстрена «йодна профілактика». Для профілактики радіаційного впливу радіоізотопів йоду застосовують препарати стабільного йоду, які ефективно запобігають накопиченню радіоізотопів у щитоподібній залозі і сприяють їх виведенню з організму. Для йодної профілактики застосовують йодистий калій у таблетках або водно-спиртовий розчин йоду. Для дорослих і дітей старших двох років рекомендується приймати йодистий калій в таблетках у дозах по 125 мг, для дітей молодших 2 років – по 40 мг після прийому їжі разом із киселем, чаєм або водою 1 раз на день протягом 7 діб. При цьому досягається практично 100% захист.

Водно-спиртовий розчин йоду (5% йодну настойку) рекомендують приймати дітям старших 2 років і дорослим по 3-5 крапель на склянку молока або води після їжі тричі на день протягом 7 діб. При цьому досягається практично 100% захист. Молоко не повинне містити ізотопів йоду. Для дітей до 2 років 5% настойку йоду застосовують по 1-2 краплі на 100 мл. молока або поживної суміші тричі на день протягом 7 діб.

Література:

1. Актуальні питання радіаційної медицини у практиці сімейного лі- каря: навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факуль- тегія) післядипломної освіти Ю В Вороненко О. Г. Шекера, Д. С. Мечев танки: Видавець Заславський О.Ю., 2017, 208 с.

2. Мечев Д. С., Мурашко В. О., Коваленко Ю. М. Застосування дже рел іонізуючих випромінювань у медицині та попередження надмірного опромінення персоналу і пацієнтів: навч. посіб. Київ, 2010. 108 с.

3. Мурашко В. О., Костенецький М. І., Рущак Л. В. Промислові ра діаційні аварії з джерелами іонізуючого випромінювання, запобігання та порядок їх розслідування : навч.-метод. посіб. / Нац. мед. академія після- дипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Київ, 2014. 78 с.
4. Мурашко В. О., Мечев Д. С. Радіаційна гігієна : Національний ручник. Вінниця, 2013. 376 с.
5. Мурашко В. О., Рущак Л. В., Рущак Д. О. Раціональне та лікувально-профілактичне харчування як засіб радіаційного захисту на сучасному етапі ліквідації наслідків Чорнобильської аварії. Проблеми військової охорони здоров'я. 2017. № 49 (2). С. 345-350.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ ПІД ЧАС БОЙОВИХ ДІЙ

Могильник А.І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Війна, розв’язана Російською федерацією проти України, призвела до значного зростання частоти тяжких множинних та поєднаних пошкоджень у структурі санітарних втрат при бойовій травмі і сягає 24%, що з очевидністю свідчить про необхідність оптимізації медичного супроводу військових підрозділів під час бойових дій. Характерною особливістю показників летальності у збройних конфліктах останніх десятиліть є збільшення частоти смертельних наслідків у першу годину і доходить до 60% протягом 3 годин після отримання бойового ушкодження. У зв’язку з цим, одним із напрямків покращення результатів надання медичної допомоги в бойових умовах є її інтенсифікація у часовому інтервалі до 1 години після отримання поранення чи травми.

В якості основного життєзагрозливого наслідку, що призводить до летального результату на місці отримання пошкодження, багато авторів розглядають масивну зовнішню або внутрішню кровотечу. У період війни в Афганістані (1979-1989 рр.) від кровотечі та шоку у медичних підрозділах

військових частин та лікувальних установах військового району помирало до 46% поранених. Аналізуючи результати війни у В'єтнамі (1964-1973 рр.) видно, що до 50% загиблих солдат армії США померли від вогнепальних поранень через гостру крововтрату. При цьому частота смертей протягом першої години з моменту отримання поранення або травми становила 30 % [2].

Особливу групу ушкоджень складають травми грудей з наявністю флотуючих переломів ребер «flail chest». Летальність при множинних і флотуючих переломах ребер коливається в межах 11-30%, в окремих випадках досягаючи 46%. В основі танатогенезу у постраждалих та поранених з реберним клапаном лежить розвиток гемопневмотораксу, емфіземи середостіння, пошкодження внутрішньоплевральних органів. Перераховані вище патогенетичні фактори призводять до швидкого розвитку гострої дихальної недостатності, при цьому клінічні та експериментальні дослідження свідчать про зменшення життєвої місткості легень до 50% на стороні пошкодження [8].

Сучасні тенденції у питаннях оптимізації надання допомоги пораненим та постраждалим при всіх видах ушкоджень ґрунтуються на своєчасній діагностиці та усуненні життєзагрозливих наслідків вогнепальних та невогнепальних поранень, починаючи з місця їх отримання. При цьому важливим є проведення повного комплексу протишокових та реанімаційних заходів потерпілим як на місці поранення, так і в процесі евакуації, а також максимально швидка їх доставка до спеціалізованого лікувально-профілактичного закладу для надання спеціалізованої хірургічної допомоги. На цей час лікувально-евакуаційні схеми надання допомоги пораненим та постраждалим різних країн спрямовані на реалізацію принципів «золотої години», одним з яких є надання спеціалізованої хірургічної та реаніматологічної допомоги у максимально стислий термін. Деякі автори трактують термін «золота година», як умовний проміжок часу (близький за тривалістю до 1 години) після отримання травми, який дозволяє

найефективніше надавати першу допомогу. Саме в даний проміжок часу, у стадії компенсації життєво важливих функцій, пораненому має бути надано догоспітальну невідкладну допомогу і він повинен бути доставлений до спеціалізованого медичного закладу [1].

Клінічні дослідження підтверджують пряму кореляцію між зниженням частоти летальних наслідків важких ізольованих та поєднаних травм та скороченими термінами надання невідкладної, спеціалізованої хірургічної та реаніматологічної допомоги. Згідно з думкою R. Rossaint та співавторів, при наданні допомоги постраждалим із травматичними кровотечами час, що минув від моменту травми до проведення хірургічної зупинки кровотечі, має бути зведений до мінімуму, особливо у пацієнтів із клінікою геморагічного шоку. Доставка пацієнтів у стаціонар у межах до 1 години вірогідно підвищує виживання навіть без інфузійної терапії в ході медичної евакуації. При цьому існує поширена думка про неприйнятність транспортування поранених та постраждалих з тяжкими ушкодженнями без попереднього надання екстреної допомоги, оскільки її ненадання на місці події веде до загибелі в третині випадків [5].

При цьому і терміни надання допомоги істотно впливають на частоту летальності серед постраждалих з тяжкими ушкодженнями. Її початок протягом 15 хвилин після отримання пошкодження призводить до зниження частоти смертельних випадків до 50%, а початок надання допомоги пізніше 15 хвилин − закономірно призводить до зростання частоти летальних випадків протягом першої години на 15% кожні 20 хвилин. Потреба в протишокових заходах на догоспітальному етапі становить понад 50% від усіх поранених і постраждалих з тяжкою поєднаною травмою, отриманою у воєнний час. З урахуванням цих даних необхідність започаткування реалізації принципів «золотої години» як на місці отримання бойового враження, так і в процесі евакуації до медичного закладу з включенням до обсягу госпітальної допомоги протишокових та реанімаційних заходів очевидна. У перелік протишокових заходів багато хто включає зупинку

зовнішньої кровотечі, боротьбу з гострою дихальною недостатністю, знеболювання, стабілізацію ушкодженої області та інфузійну терапію з метою поповнення крововтрати. Найважливішою складовою надання екстреної допомоги, особливо на місці отримання тяжкого пошкодження, є проведення реанімаційних заходів, які включають первинний та розширений реанімаційний комплекси. В умовах бойової обстановки, коли відсутня можливість забезпечити прохідності верхніх дихальних шляхів неінвазивними або умовно інвазивними методами (при важких пораненнях щелепно-лицьової області, шиї), існує часта практика виконання коніко- та крикотомії на полі бою [3].

Починаючи реанімаційні заходи необхідно зупинити зовнішню кровотечу будь-яким доступним способом. Виконання первинних реанімаційних заходів проводиться без спеціального обладнання та покладається на медичних та немедичних працівників: парамедики, рятувальники, пожежники, співробітники поліції, добровольці, які опинилися на місці події. Проведення базової серцево-легеневої реанімації як на місці поранення, так і в процесі евакуації дозволяє підвищити їх шанси виживання у разі розвитку критичних станів. У разі бойової обстановки за відсутності у підрозділі медика виконання первинних реанімаційних заходів доручається військовослужбовцям, які перебувають поруч із пораненим. У зв’язку з цим ефективність реалізації принципів «золотої години», у вигляді протишокових заходів та базової серцево-легеневої реанімації у зоні бойових дій, залежатиме від рівня військово-медичної підготовки військовослужбовців, індивідуального медичного обладнання у складі бойового екіпірування та групового медичного оснащення підрозділу.

Особливості формування санітарних втрат при веденні бойових дій створюють умови, в яких надання остаточної спеціалізованої хірургічної та реаніматологічної допомоги протягом першої години часто неможливе у зв'язку з віддаленістю багатопрофільних медичних організацій, варіабельністю медико-тактичної обстановки та кліматогеографічних умов.

На цей час у світі спостерігається тенденція вдосконалення систем лікувально-евакуаційних заходів шляхом наближення військово-медичних формувань до зони бойових дій з метою одержання військовослужбовцями хірургічної допомоги протягом 1 години [6].

При цілеспрямованому вивченні сучасних тенденцій розвитку медичної служби в тактичній зоні бойових дій усе ще зустрічається поняття «тактична медицина», під якою розуміють сукупність медичних заходів безпосередньо на місці отримання поранення, спрямованих на порятунок життя військовослужбовця з бойовим ушкодженням, запобігання загрозливим станам життя і навіть віддаленим наслідкам. Поняття «тактична медицина» відображає сучасні тенденції надання медичної допомоги протягом першої − «золотої години» після отримання бойового ушкодження, оскільки відповідає положенню про те, що на полі бою «миттєво вбитими» буває лише незначна кількість військовослужбовців.

R. S. Kotwal зі співавторами у 2016 р. завершили порівняльний аналіз результатів надання медичної допомоги та повітряної евакуації до та після введення рішенням міністра оборони США Robert M. Gates у 2009 р. принципу «золотої години». Внаслідок моніторингу санітарних та безповоротних втрат за період бойових дій в Афганістані з 2001 по 2014 рр. відзначено скорочення середнього часу евакуації поранених з місця отримання поранення з 90 хвилин до 2009 року до 40-60 хвилин після 2009 року. Також за результатами дослідження відмічено зниження кількості летальних наслідків та покращення результатів лікування поранених, пов’язаних з ефективним наданням дошпитальної допомоги, що включає у тому числі гемотрансфузії [4].

На нашу думку, реалізація концепції «золотої години» при наданні допомоги пораненим з бойовою хірургічною травмою в умовах локальних збройних конфліктів має виконуватися шляхом наближення до вогнища санітарних втрат зони здійснення заходів кваліфікованої та спеціалізованої хірургічної допомоги, але без невиправданого висування лікарів на поле бою.

Ранній початок протишокових заходів, проведення первинної хірургічної обробки та стабілізація переломів повинні здійснюватися якомога раніше, у тому числі в умовах аеромедичної евакуації.

В умовах медико-тактичної обстановки, що зумовлюють вимушену затримку поранених у зоні ведення бойових дій та збільшення періоду ізоляції пораненого від надання кваліфікованої, спеціалізованої та реаніматологічної допомоги, одним зі шляхів покращення результатів лікування ряд авторів вважають розширення обсягу долікарської та першої лікарської допомоги. При цьому оптимальним терміном надання першої лікарської допомоги автори вважають 1 годину з моменту поранення, що забезпечує найкращу передевакуаційну підготовку та підтримання життєво важливих функцій організму до надання хірургічної допомоги.

На думку переважної кількості рецензованих авторів, основною метою проведення всіх заходів є не виведення із шоку тяжко поранених та постраждалих, а стабілізація стану для подальшої першочергової евакуації. Реалізація цього шляху вимагає особливого підходу до навчання як особового складу військових підрозділів, так і лікарів, які беруть участь у медичному супроводі військових підрозділів [7].

З усього вищевикладеного можна зробити наступні висновки:

1. Враховуючи стрімкий перебіг розвитку життєзагрозливих наслідків бойових пошкоджень (кровотеча, асфіксія) в екстремальних ситуаціях воєнного часу, що спостерігається в Україні на тлі російської агресії, часовий фактор у питаннях надання медичної допомоги пораненим та постраждалим є одним з основних, у зв'язку з чим як провідний засіб збереження життя необхідно розглядати своєчасне надання розширеного обсягу заходів першої медичної допомоги.
2. Сучасні підходи до планування організаційної побудови як української, так і іноземних лікувально-евакуаційних систем надання допомоги пораненим та постраждалим характеризуються прагненням

забезпечити реалізацію концепції «золотої години» та скоротити терміни надання спеціалізованої хірургічної та реаніматологічної допомоги.

3. Сучасні тенденції організації медичного супроводу військових підрозділів, які здійснюють свою бойову діяльність в умовах вимушеної ізоляції, проявляються розширенням переліку заходів та спеціалізацією передових сегментів надання догоспітальної допомоги підготовленим медичним персоналом, розгортанням етапів першої лікарської допомоги у безпосередній близькості до бойових порядків для забезпечення стабілізації стану поранених та постраждалих, а також виконання адекватної передевакуаційної підготовки.

Список літератури.

1. Jeffrey T., Kotwal H.S., Kotwal R.S., Santos-Lazada A.R., Martin M.J., Stockinger Z.T. Reexamination of a Battlefield Trauma Golden Hour Policy. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2017. Vol. 84. P.11–18.
2. Kotwal R.S., Butler F.K. Junctional Hemorrhage Control for Tactical Combat Casualty Care J. Wilderness & environmental medicine. 2017. Vol. 28 (2). P.33-38.
3. Kyle T., Clerc S.L, Thomas A., Greaves I., Whittaker V., Smith J.E. The success of battlefield surgical airway insertion in severely injured military patients: a UK perspective. Journal of the Royal Army Medical Corps. 2016. Vol.162 (6). P.460-464.
4. Kotwal R.S., Howard J.T., Tarpey B.W. The Effects of a Golden Hour Policy on the Morbidity and Mortality of Combat Casualties. IAMA Surg. 2016. Vol. 151 (1). P. 15-24.
5. Kotwal R.S., Scott L.F., Janak J.C., Tarpey B.W., Howard J.T., Edward L. Butler F.K., Shackelford S., Gurney J.M., Zsolt T. The effect of prehospital transport time, injury severity, and blood transfusion on survival of US military casualties in Iraq. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2018. Vol. 85. P.112–121.

6. Kotwal R.S., Staudt A.M., Mazuchowski E.L., Gurney J.M., Shackelford S., Butler F.K., Stockinger Z.T., Holcomb J.B., Nessen S.C., Mann-Salinas E. A. US military Role 2 forward surgical team database study of combat mortality in Afghanistan. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2018. Vol. 85. P.603-612.
7. Rasmussen T.E., Baer D.Y., Doll B.A., Caravalho J. In the «golden Hours». Army AlLT. 2015. Vol. 1. P. 80-85.
8. Slobogean G.P., Kim H., Russell J.P., Stockton D.J., Hsieh A.H., O'Toole R.V. Rib fracture fixation restores inspiratory volume and peak flow in a full thorax human cadaveric breathing model. Archives of Trauma Research. 2015. Vol. 4 P. 1-6.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ДОКУМЕНТИ, ЩО РЕГЛАМЕНТУЮТЬ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Пархоменко Л.С.

КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги Диканської селищної ради», Диканька, Полтавська область

Вступ. Поряд із Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров’я», який регулює загальний порядок надання медичної допомоги, діє спеціальний Закон України «Про екстрену медичну допомогу», який визначає організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги.

Мета дослідження – проаналізувати нормативно-правові документи, щодо надання екстреної та невідкладної медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження. Чинні законодавчі та галузеві нормативні матеріали проаналізовано за принципом бібліосемантичного аналізу.

Результати та дискусія. Екстрена медична допомога – це медична допомога, яку надають працівники системи екстреної медичної допомоги з невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. В питаннях, що не врегульовані цим спеціальним Законом, він відсилає до загального закону — Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (частина 2 статті 1 Закон України «Про екстрену медичну допомогу»).

Важливе місце у правовому регулюванні займають і галузеві стандарти та клінічні настанови, серед яких чільне місце займають клінічні протоколи. Найбільш часто застосовуваними, як свідчить статистка є: новий клінічний протокол «Екстрена медична допомога: догоспітальний етап», «Травма органів грудної клітки – пневмоторакс», «Масивна кровотеча з кінцівок», «Зовнішня кровотеча з тулуба та шиї», «Тактична екстрена медична». Аналізуючи згадані нормативні акти доречно звернути увагу на основні терміни та визначення, які є ключовими.

Невідкладний стан людини – це раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих, і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

До категорії екстрених належать звернення стосовно пацієнта, який перебуває у невідкладному стані, що супроводжується: непритомністю, судомами, раптовим розладом дихання, раптовим болем у ділянці серця, блюванням кров'ю, гострим болем у черевній порожнині, зовнішньою кровотечею, ознаками гострих інфекційних захворювань, гострими психічними розладами, що загрожують життю і здоров'ю пацієнта та інших осіб, чи зумовлений усіма видами травм (поранення, переломи, вивихи, опіки, тяжкі забої, травми голови), ураженням електричним струмом, блискавкою, тепловими ударами, переохолодженням, асфіксією всіх видів

(утоплення, потрапляння сторонніх предметів у дихальні шляхи), ушкодженнями різної етіології під час надзвичайних ситуацій (дорожньо-транспортні пригоди, аварії на виробництві, стихійні лиха тощо), отруєннями, укусами тварин, змій, павуків та комах, порушенням нормального перебігу вагітності (передчасні пологи, кровотеча тощо), а також транспортування пацієнтів, які перебувають у стані, що потребує обов'язкового медичного сортування та термінової госпіталізації в лікувальний заклад.

До категорії не екстрених належать звернення пацієнта, стан якого не є невідкладним і супроводжується раптовим підвищенням температури тіла з кашлем, нежитем, болем у горлі; головним болем, запамороченням, слабкістю; болем у попереку, суглобах (радикуліти, остеохондроз, артрит, артроз); підвищенням артеріального тиску; больовим синдромом в онкологічних хворих; алкогольним, наркотичним, токсичним, абстинентним синдромами чи зумовлений загостренням хронічним захворюванням у пацієнтів, які перебувають під наглядом сімейного або дільничного лікаря з приводу гіпертонічної хвороби, виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, хронічного запалення печінки, жовчного міхура, кишечника, хвороби нирок, суглобів тощо. Екстрена медична допомога за найвищими стандартами має бути доступною для кожної людини за необхідністю, будь-де та будь-коли. Це вимагає відповідної системи заходів з медичної допомоги для всіх людей, чиє життя раптово опинилося під загрозою, концепції надання догоспітальної, госпітальної та міжгоспітальної екстреної медичної допомоги.

На сьогодні у світі існує міжнародна класифікація екстреної медичної допомоги, яка поділяється на такі групи:

– BLS (Basic Life Support) – базова підтримка життєдіяльності – комплекс заходів для підтримки або відновлення життєдіяльності організму в позалікарняних умовах, а також до прибуття бригади;

– ILS (Immediate Life Support) – надання невідкладної медичної допомоги при станах, які загрожують життю людини, черговим лікарем лікарні (лікарем екстреної медичної допомоги, амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, кабінету поліклініки, в т.ч. стоматологічної, приватного стоматологічного кабінету, аптеки лікувальної установи) до прибуття фахівців спеціалізованої реанімаційної допомоги;

– ALS (Advance Life Support) – це спеціалізовані реанімаційні заходи. які виконують медики та парамедики із застосуванням відповідної апаратури, медикаментів, інструментарію на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах;

– ATLS (Advance Trauma Life Support) – професійне кваліфіковане надання невідкладної медичної допомоги при різних травмах як на догоспітальному, так і на ранньому госпітальному періодах (головним чином, надають лікарі, рідше медичні сестри, парамедики);

– ACLS (Advance Cardiac Life Support) – надання професійної спеціалізованої екстреної медичної допомоги при серцево-судинній патології (надають лікарі, медичні сестри, парамедики);

– PALS (Pediatric Advance Life Support) – надання професійної екстреної медичної допомоги дітям (здійснюють лікарі, медичні сестри, парамедики).

Надання екстреної та невідкладної медичної допомоги в Україні здійснюють на таких рівнях: домедична допомога; долікарська медична (догоспітальна) допомога; лікарська медична (догоспітальна) допомога.

Домедична допомога – комплекс екстрених простих медичних заходів, що надають постраждалому чи особі, яка раптово захворіла, на місці події та на період його транспортування до медичного закладу. Особи, зобов’язані надавати домедичну допомогу людині в невідкладному стані: рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники державної пожежної охорони, працівники органів та підрозділів міліції, фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні

володіти практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані.

Діапазон дій з надання домедичної допомоги передбачає три основні групи заходів:

- негайне припинення дії зовнішніх шкідливих факторів (електричного струму, високих та низьких температур, стискання постраждалого важкими предметами) із дотриманням особистої безпеки та евакуація постраждалих із вищеперерахованих несприятливих умов, в які вони потрапили (з пошкодженого траспортного засобу, води, приміщення, що горить або в якому накопичилися отруйні гази);
- надання домедичної допомоги постраждалим залежно від характеру та виду травми, нещасного випадку або захворювання, що виникло зненацька (зупинка кровотечі, штучне дихання, непряма компресія грудної клітки, накладання пов'язки на рану тощо);
- організація швидкого транспортування хворого або постраждалого до лікувального закладу.

Долікарську медичну (догоспітальну) допомогу – здійснюють фельдшерські бригади екстреної медичної допомоги. В останні десятиліття за кордоном таку допомогу надають переважно парамедики – особи з медичною освітою 1-2 рівня акредитації чи без неї, які діють згідно з прийнятими алгоритмами при наданні медичної допомоги. Проте виключно позитивним явищем для України є надання медичної допомоги саме професійними лікарями, фельдшерами, які мають абсолютно чітке уявлення про доцільність проведення тих чи інших заходів у певному порядку, задля надання особі медичної допомоги.

Лікарську медичну (догоспітальну) допомогу – надають лікарські бригади, які мають у своєму розпорядженні необхідну апаратуру, інструментарій, медикаменти тощо та володіють теоретичними знаннями і практичними навичками з надання кваліфікованої екстреної догоспітальної медичної допомоги. Типовий склад лікарської бригади: лікар, фельдшер,

медична сестра, водій. Керівником бригади є лікар, якому підпорядковуються всі працівники, він несе персональну відповідальність за її роботу. Бригада розташовується в приміщенні станцій, підстанцій, відділень, пунктах постійного або тимчасового перебування. Робоче місце бригади визначає керівник Центру з урахуванням необхідності виконання нормативу прибуття бригад на місце події.

З метою наближення надання медичної допомоги населенню на догоспітальному етапі, шляхом забезпечення своєчасного прибуття бригади екстренної медичної допомоги до пацієнта (постраждалого), на базі закладу охорони здоров'я (сільської лікарської амбулаторії, дільничної (районної) лікарні, поліклініки міста, що розташовані на території діяльності станції, підстанції (відділення)) утворюють пункти тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги. Пункт відкривають за рішенням міської (районної) виконавчої влади після укладання договору між керівниками станції і медичним закладом, який надає приміщення для базування пункту.

Госпіталізацію пацієнтів за невідкладними станами здійснюють цілодобово бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги. Рішення про екстрену госпіталізацію приймає керівник бригади швидкої медичної допомоги після огляду та надання медичної допомоги постраждалому. Усі пацієнти, яких доправили до лікувально-профілактичного закладу бригади або звернулись самостійно, підлягають обов'язковому прийому черговим медичним персоналом приймального відділення/відділення невідкладної медичної допомоги незалежно від місця проживання, реєстрації, наявності чи відсутності документів, що засвідчують особу пацієнта.

Висновки: Запорукою досягнення найвищих показників якості та ефективності при наданні служб швидкої та екстреної медичної допомоги необхідно: удосконалення матеріально-технічної та; приведення протоколів екстреної медичної допомоги у відповідність до міжнародних стандартів надання невідкладної допомоги; координація та проведення наукових

досліджень у сфері екстреної медичної допомоги; перегляд існуючих і розробка нових ефективних механізмів кадрової політики служби екстреної медичної допомоги; підвищення обсягів невідкладної допомоги, що надається амбулаторно-поліклінічними закладами.

Список літератури:

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text
2. Закон України «Про екстрену медичну допомогу», https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text
3. Галузеві стандарти та клінічні настанови https://www.dec.gov.ua/mtd/ekstrena-medychna-dopomoga-2016-rik/
4. Закон України: «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text
5. Закон України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З БОЙОВИМИ ПСИХОГЕННИМИ ТРАВМАМИ

Підлужна С.А., Корчан Н.О.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Протягом свого життя людина потрапляє в різні ситуації та зазнає впливу багатьох факторів, окремі з яких з огляду на свою загрозливість, інтенсивність та непередбачуваність є травматичними. Вже рік триває військова агресія росії та масштабні бойові дії на території України. За таких умов кожна людина може відчувати стрес та глибокі переживання, страх, тривогу, як за себе, так і за близьких та рідних. Стрес є захисною реакцією на зовнішні подразники. Вона проявляється фізично, психічно, емоційно та дає змогу адаптуватися до цих змін. Особливих випробувань зазнають мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці – як ті, хто бере участь у бойових діях, так і

демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі, хто працює з потерпілими. Цим людям важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові. На жаль, до травматичних належать і події, що торкаються не однієї чи кількох осіб, а охоплюють цілі спільноти, ставлять під загрозу та змінюють життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. До них належать стихійні лиха, терористичні акти і, звісно, воєнні дії. При чому люди стають свідками смертей, втрачають житло, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселятися на нові місця і починати життя спочатку. Саме такі події через раптовість виникнення, масштабність охоплення і наслідків, а також складність адаптації до нових умов становлять найбільший ризик з погляду розвитку, загострення та хронізації стресових розладів [2].

Події в зоні бойових дій мають сильний вплив на психіку їх учасників, піддають їх якісним змінам, що можуть проявлятися від чітко виражених форм до зовні мало помітних, прихованих, мов би «відстрочених» в часі, реакцій. Наслідки війни впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але і на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо. Відомо, що бойова обстановка вимагає від людини величезної психоемоційної напруги, значних витрат нервової системи, для якої багато емоцій є найсильнішим подразником, що впливає як безпосередньо на неї, так і побічно – через найважливіші органи і системи організму (серце, легені, шлунок, надниркові залози, печінку, щитовидну залозу тощо) [3].

Безперервні бойові дії змушують командирів підрозділів і солдатів виконувати обов'язки при несприятливих умовах, формують відповідну поведінку і викликають помилки в бойовій роботі і, можливо, призводять до виникнення бойового стресу. У бойових умовах, перебування психіки під постійним впливом негативних стресових чинників може перерости у бойову психічну травму з тяжкими наслідками для здоров'я людини.

Діяльність військовослужбовців у бойовій обстановці настільки насичена емоційними переживаннями, що емоційна напруга вважається однією з характерних особливостей військової праці. Вплив на психіку людини на війні здійснюється безліччю чинників. Солдатів випробовує під час бою фізіологічний, емоційний і соціальний стрес.

Найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є постійна загроза життю військовослужбовця. В умовах цієї загрози він вимушений діяти і, цілком природно, постійно реагує на неї. Ця реакція проявляється через почуття страху, що повторюється. Усе це, за певних умов, може зломити психічний опір організму, привести до емоційного зриву.

Відомо також, що якщо стресові умови впливають на військовослужбовця тривалий час його перебування у бойовій обстановці, то у нього може виникнути психологічне виснаження. Постійна напруга накопичується на основі страху смерті й інстинкту самозбереження. Почуття страху у бою є природним для будь-якої людини. Переживання страху є нормальною реакцією людини на чинники, що його викликають [4].

Для того щоб відновитися після пережитого стресу та повернутися до продуктивного життя, людина має впоратися з емоційними переживаннями і разом з тим подолати тривожні схеми світосприймання, адже пережиті загрози змушують очікувати на подібне і в майбутньому [2].

З отриманими психотравмами необхідно працювати комплексно, і чим раніше надана спеціальна медико-психологічна допомога, тим краще прогноз розвитку особистості на майбутнє. Відсутність спеціальних медико-психологічних заходів з відновлення травмованої, деформованої психіки (психологічна реабілітація) веде до хронічного перебігу психічних розладів.

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті. Це

діяльність, що здійснюється суб’єктами психологічної роботи, спрямована на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно вирішувати бойові завдання і функціонувати в мирному соціумі. Тобто її об’єктом є особи, які отримали бойову психічну травму, яка проявляється гостро або відстрочена в часі. Психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців, які отримали бойові психогенні травми та розлади, здійснюється як безпосередньо у підрозділах (шляхом само-чи взаємодопомоги силами особового складу підрозділів), так і в пункті психологічної допомоги та реабілітації бригади при тісній взаємодії із спеціалістами медичної служби [1].

Основна мета психологічної реабілітації – ефективне та раннє повернення поранених та інвалідів до побутових і трудових процесів, у суспільство та сім'ю, відновлення особистих властивостей людини як повноправного члена суспільства. Оптимальним кінцевим результатом реабілітації може бути повне відновлення здоров'я, відновлення психічної рівноваги, створення умов для адаптації воїнів, які отримали психічні травми та повернення до мирної професійної праці.

Список використаних джерел

1. Корчан Н.О., Свінцицька Н.Л., Підлужна С.А., Федорченко І.Л., Каценко А.Л. Застосування комплексу реабілітаційних заходів на різних етапах відновлення військовослужбовців //Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 08 вересня 2022 рік.)
2. Організація навчально-виховного процесу в екстремальних умовах / Н. О. Корчан, С. А. Підлужна, Н. Л. Свінцицька, А. Л. Каценко // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Методика навчання природничих дисциплін у середній та вищій школі» (XXIX Каришинські читання), присвяченої розробкам моделей підготовки майбутнього

вчителя до педагогічної діяльності в Новій українській школі, (м. Полтава, 26–27 травня 2022 р.) / за заг. ред. проф. М. В. Гриньової. – Полтава : Астрая, 2022. – С. 124–127.
3. Підлужна С.А., Корчан Н.О., Шерстюк О.О. Реабілітаційна допомога при стресових станах //Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи» (Полтава, 8 вересня 2022 р.)
4. Романишин А.М., Бойко О.В. Первинна Психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. Львів – 2014 рік.

ПРАВОВІ ОСНОВИ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Терзі О. О.

Одеський національний медичний університет, Одеса

В статті 15 Законі України «Про правовий режим воєнного стану» вказано, що військові адміністрації населених пунктів на відповідній території здійснюють повноваження із управління закладами охорони здоров’я.

Міністерству охорони здоров’я України 3 лютого 2022 року ухвалило Наказ № 210 «Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги»». Даний Стандарт ухвалювався з метою уніфікації послідовності та пріоритетності надання медичної допомоги в залежності від тяжкості стану пацієнтів задля раціонального використання людських та матеріальних ресурсів закладів охорони здоров’я. Отже, з одного боку людиноцентричний підхід – забезпечення пріоритетності в наданні екстреної (невідкладної) медичної допомоги, тим хто нагально її потребує, з іншої стабілізаційний підхід – забезпечення функціонування закладів охорони здоров’я при великій кількості пацієнтів з максимально швидкою мобілізацією ресурсів/персоналу закладів охорони здоров’я для

надання медичної допомоги у найменшому часовому проміжку для пацієнтів, які мають безпосередню загрозу життю [1].

У Стандарті екстреної медичної допомоги «Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги» закріплені критерії, які слід враховувати при проведенні медичного сортування у відділення екстреної медичної допомоги пацієнтів різних вікових груп, а саме: (1) критерії травми з високим ризиком значних пошкоджень; (2) інші високонебезпечні критерії; (3) ступені дегідратації у дітей. Також, у Стандарті містяться показники життєдіяльності у дітей, значення яких слід враховувати при визначенні сортувальної категорії, зокрема, показники частоти дихання і показники частоти серцевих скорочень. Алгоритми медичного сортування пацієнтів дитячого віку у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги вказаний у додатку № 3 до Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги».

Продовжується співпраця України та ВООЗ, у тому числі щодо забезпечення реалізації права на медичну допомогу, включаючи екстрену та невідкладну допомогу. Так, 23 січня 2023 року Бюро ВООЗ в Україні передало Міністерству охорони здоров’я України 26 автомобілів швидкої допомоги для забезпечення права на медичну допомогу, включаючи екстрену та невідкладну допомогу під час збройного конфлікту. ВООЗ співпрацює з державами, які перебувають у збройному конфлікті, надаючи матеріально-технічну допомогу [2, p. 733].

Міністерство охорони здоров’я України співпрацює і з іншими міжнародними урядовими організаціями щодо забезпечення права на медичну допомогу, включаючи екстрену та невідкладну допомогу, зокрема з Світовим банком. Так, Кабінет Міністрів підтримав фінансування проєкту «Поліпшення охорони здоров’я на службі у людей», який Міністерство охорони здоров’я України реалізує у співпраці зі Світовим банком. У межах

цього проєкту закуплено для українських закладів охорони здоров'я: 1 400 інфузійних та шприцевих насосів, 40 анестезійних апаратів, 600 моніторів пацієнта, 600 ларингоскопів, 800 аспіраторів, 300 портативних капнографів, 500 мобільних апаратів ультразвукової діагностики, 150 електрокардіографів, 200 мобільних рентгенапаратів [3]. Дане обладнання посилить спроможність українських закладів охорони здоров'я надавати екстрену (невідкладну) медичну допомогу, зокрема пацієнтам, які постраждали від бойових дій у зв'язку з російсько-українським збройним конфліктом. Матеріально-технічна допомога, яка включає і лікарські засоби, посилює спроможність української системи охорони здоров'я реагувати на наслідки збройного конфлікту, включаючи постійно зростаючу кількість поранених цивільних осіб та комбатантів, знищення/напади на заклади охорони здоров'я зі сторони рф.

Також, Україна в умовах воєнного стану окрему увагу звертає на медичну освіту. Міністерство охорони здоров'я України співпрацює в освітньому напрямку з Швейцарським фондом інновацій (SFI) щодо реалізації навчальної програми для українських медиків з надання першої тактичної та догоспітальної допомоги з використанням сучасного навчального обладнання. Збройний конфлікт створює низку викликів для системи охорони здоров'я, тому підготовка висококваліфікованих медичних кадрів пристосованих до «медицини катастроф», включаючи надання екстреної (невідкладної) медичної допомоги має пріоритетне значення для держави.

Список літератури

1. Наказ МОЗ України від 03.02.2022 № 210 "Про затвердження Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування пацієнтів різних вікових груп у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги»". URL.: https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-03012022--210-pro-zatverdzhennja-standartu-ekstrenoi-medichnoi-dopomogi-medichne-sortuvannja-pacientiv-riznih-vikovih-grup-u-viddilenni-ekstrenoi-nevidkladnoi-medichnoi-dopomogi

3. Hendel N. World Health Organization (WHO). Research Handbook on International Conflict and Security Law. T.M.C. Asser Press. 2022. P. 733-759.
4. МОЗ та Світовий банк придбають обладнання для медзакладів, що працюють із постраждалими від воєнних дій. URL.: https://moz.gov.ua/article/news/moz-ta-svitovij-bank-pridbajut-obladnannja-dlja-medzakladiv-scho-pracjujut-iz-postrazhdalimi-vid-voennih-dij

КОНЦЕПЦІЯ "DAMAGE CONTROL" ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

Черній В.І.

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, м. Київ.

Вступ. Аналіз усіх смертей при бойовій травмі в останнє десятиліття показує, що до 25% були потенційно запобіжні. До 90% цих смертей пов'язані з крововтратою. Згідно з даними, 50% пацієнтів не отримують своєчасну медичну допомогу і помирають ще до госпіталізації, а 30 % гинуть у найближчі дві години після транспортування у відділення інтенсивної терапії [1].

Мета дослідження. Проаналізувати проблематику концепції "damage control" при політравмі із джерел сучасної літератури для оптимізації ведення пацієнтів з травмою, включаючи вогнепальну.

Матеріали та методи. Бібліосемантичний, порівняльний та метод системного аналізу. Пропоновані рекомендації розроблені на даних аналізу сучасної літератури, результатах рандомізованих досліджень та мета-аналізів, присвячених вивченню концепції «Damage Control» для лікування хворих з важкими ушкодженням під час війни та надзвичайних ситуацій.

Результати. Damage control resuscitation (DCR) (інтенсивна терапія контролю пошкоджень) – це сучасна реанімаційна стратегія лікування масивної крововтрати у травмованих пацієнтів. DCR при травмі – усунення «летальної тріади» (гіпотермія, ацидоз, коагулопатія) та забезпечення

перфузії життєво важливих органів [4]. Показання до DCR & Surgery: масивна кровотеча, яка вимагає масивного переливання (> 10 одиниць еритроцитів), метаболічний ацидоз (pH<7,3), гіпотермія (температура <35 ° C), тривалість операції > 90 хв., коагулопатія, лактат > 5 ммоль/л.

DCR – «системний підхід до тяжкої травми, що поєднує реанімаційну стратегію з низкою хірургічних методів від моменту поранення до закінчення лікування, щоб звести до мінімуму втрату крові, максимально збільшити тканинну оксигенацію та оптимізувати результат» [4,5].

Стратегія DCR складається з 4-х фаз: 0 - вибір пацієнтів та невідкладна допомога (судинний доступ, торакальний дренаж, швидка послідовна індукція в анестезію, інтубація, зігрівання, малооб'ємна інфузія, допустима гіпотонія); I - негайна операція зі швидкою зупинкою кровотечі та контролем забруднення, тимчасове закриття рани, гемостатична ресусцитація; II - стабілізація фізіологічних та біохімічних показників у ВІТ (24-36год). Ретельне дообстеження, виявлення всіх можливих ушкоджень. Гемодинамічна підтримка. Цілеспрямована інфузійна терапія. III – після ІТ, повторне хірургічне лікування для остаточного відновлення всіх травм. Відновлення водного балансу [4].

Сучасні компоненти DCR при травмі: допустима гіпотензія, рестриктивна інфузійна терапія, гемостатична реанімація, температурний контроль та зігрівання, корекція ацидозу, Damage Control Surgery (хірургічний контроль ушкоджень). Цільовий АТ сист. 60–70mmHg при проникаючій травмі, 80–90mmHg при тупій травмі без ЧМТ, 100–110mmHg при тупій травмі з ЧМТ (GCS ≤8). Рестриктивна рідинна ресусцитація та припустима гіпотонія - використання меншого обсягу інфузійної терапії, болюси по 250-300 мл із переоцінкою реакції пацієнта. Це зменшує частоту та тяжкість дилюційної коагулопатії, запобігає «вимиванню» свіжих згустків, герметизує пошкоджені судини, зменшує запальний каскад (SIRS, ARDS), який посилюється у відповідь на екзогенне введення рідин. У пацієнтів із вихідною гіпотермією в 3 рази вище ризик розвитку СПОН

порівняно з пацієнтами з нормотермією. Гіпотермія корелює із розвитком коагулопатії, ацидозу, електролітних, гемодинамічних порушень та достовірним підвищенням ймовірності летального результату. Стійкість або швидкий рецидив гіпотермії, незважаючи на всі зусилля, повинні викликати підозру на кровотечу, що триває. Потрібне раннє застосування заходів щодо зниження втрат тепла та зігрівання пацієнта для досягнення та підтримання нормотермії. Рівень pH < 7.2 корелює зі зниженням серцевого викиду, вазодилятацією, гіпотензією, порушенням перфузії, лактатацидозом, аритмією, гіпокоагуляцією. Корекція метаболічного ацидозу досягається шляхом профілактики гіперхлоремічного ацидозу, проведенням агресивної трансфузії крові та її препаратів та вазопресорної підтримки до хірургічної зупинки кровотечі та відновлення перфузії. Рівні дефіциту основ та лактату є предикторами летального результату. Багатофакторна етіологія індукованої травмою коагулопатії: крововтрата, гіпотермія, ацидоз, втрата факторів, згортання при кровотечі, дилюційна коагулопатія, коагулопатія споживання, гіперфібриноліз, метаболічні, порушення синтезу білків [2,3,4].

Концепція «Damage Control» застосовується в лікуванні торако-абдомінальних та м'язово-скелетних ушкоджень. Досягнення в галузі реанімації та інтенсивної терапії із застосуванням концепції «Damage Control» призвели до можливості ранньої стабілізації переломів (наприклад, хребта, тазу та довгих трубчастих кісток). Принципи лікування переломів у пацієнтів із множинними травмами: раннє лікування - Early Total Care (ETC) нестабільних політравматизованих пацієнтів із травмами голови, грудей, живота або органів малого тазу із втратою крові з подальшою негайною фіксацією перелому [5]. SIRS - вторинний загрозливий для життя посттравматичний синдром. Розвиток SIRS, як правило, залежить від типу та тяжкості первісної травми ("перше влучення"). Негайна фіксація переломів з використанням розсвердлених цвяхів або пластин у таких нестабільних пацієнтів з множинними травмами згодом визначається як "друге влучення" і може бути пов'язане з розвитком ОРДС та СПОН з високим рівнем

смертності. Інша альтернатива - фіксації переломів довгих кісток у нестабільних політравматизованих пацієнтів заснована на негайному лікуванні загрозливих для життя станів, пов'язаних з травмами, з подальшим початковим використанням малоінвазивних модульних зовнішніх каркасів для переломів довгих кісток (ортопедієя контролю ушкоджень, DCO)[5,6]. Щоб удосконалити концепцію DCO та уникнути надмірного використання зовнішньої фіксації, було запроваджено концепцію "Безпечна остаточна хірургія" (SDS), яка є динамічним синтезом обох стратегій (ETC і DCO)[6]. Для полегшення травматичної болю доступні численні варіанти знеболення. Типові системні варіанти включають опіоїди (наприклад, кодеїн, фентаніл, метадон, морфін, петидин та трамадол) та периферичну регіонарну анальгезію (наприклад, блокади нервів). У Сполученому Королівстві (UK) внутрішньовенне введення морфіну рекомендується як перша лінія для пацієнтів з тяжкою травмою. Внутрішньовенний морфін використовувався більш ніж 90% випадків. Парацетамол є препаратом вибору для голландських пацієнтів із травами в невідкладній допомозі. Мультимодальна терапія, в якій використовуються два або більше агенти з різними механізмами дії. Комбіноване використання парацетамолу та НПЗЗ забезпечує краще знеболювання, ніж кожен препарат окремо. Парацетамол (інфулган) є ефективним неопіоїдним аналгетиком для лікування гострого болю з мінімальними побічними ефектами протягом тривалого часу у правильно вибраній дозі. Декскетопрофен (дексалгін) – один із найпотужніших аналгетиків групи нестероїдних протизапальних засобів з високим профілем безпеки. НПЗЗ (дексалгін) та парацетамол (Інфулган) – важливі компоненти мультимодальної анальгезії (1C).

Перша година "золотий час" після тяжкої травми з масивною кровотечею є вирішальною для результату лікування пацієнта. Більшість цього часу припадає на догоспітальний та ранній госпітальний етап. Тому пропонуть надавати допомогу у процесі транспортування (забезпечення дихальних шляхів, оксигенотерапія, декомпресія при пневмотораксі,

іммобілізація шийного відділу хребта, тазовий бандаж, шинування кінцівок), не затримуючи доставку до лікарні [4,5,6].

Корекція анемії: цільовий рівень гемоглобіну 70-90 г/л (Клас 1С). У разі масивної кровотечі має бути готовність до трансфузії крові та СЗП як перевагу перед іншими рідинами. Початкова ресусцитація при масивній крововтраті повинна включати 4 одиниці крові та 4 одиниці СЗП (15-20 мл/кг у стандартного дорослого); рекомендовано використання тромбоконцентрату. Масивна кровотеча: > 100% за 24 год, > 50% за 3 год, >150 ml/min протягом 20 хв., > 1.5 ml/kg/min протягом 20 хв., > 6 ОД еритромаси протягом 24 год. Для стартового лікування хворих з очікуваною масивною крововтратою рекомендують використовувати одну із двох наступних стратегій: СЗП + еритроцити у співвідношенні що найменше 1:2 (1В), або концентрат фібриногену + еритроцити в відповідно до рівня гемоглобіну (1С). У пацієнтів із масивними травматичними кровотечами потрібна трансфузія плазми, тромбоцитів та еритроцитів у співвідношенні 1:1:1. У травмованих пацієнтів із високим ризиком геморагічного шоку, догоспітальна трансфузія плазми була безпечною і призводила до зниження 30-ти денної летальності. Внутрішньовенне введення препаратів заліза (суфер) з еритропоетином (емавейл) показало зниження розвитку післяопераційних інфекцій, тривалості перебування у лікарні та смертності у хворих на переломи стегна.

Рекомендують вводити транексамову кислоту як можна раніше за наявності або ризику значного кровотечі (1 г за 10 хв. + 1 г. протягом 8 год.)(1А). Слід розглянути можливість введення першої дози транексамової кислоти (сангера) на шляху до лікарні (2С)[2,3].

Цілісна кров є кращим продуктом для реанімації при тяжких травматичних кровотечах. Група О, що містить низькі титри антитіл анти-А та анти-В, може безпечно переливатися як універсальний продукт крові пацієнтам з невідомою групою крові. З початку війни в Іраку та Афганістані американські військові перелили понад 10 000 одиниць цільної крові [2,3].

Класичні гемодинамічні мішені (середній артеріальний тиск, серцевий викид), рівень лактату та динамічні тести (проведення тесту з підйомом ноги) – цього недостатньо, щоб проводити адекватну інфузійну терапію у пацієнтів з геморагічним та септичним шоком. Прямий або опосередкований моніторинг мікроциркуляції, включаючи плямистість шкіри та її тургор, периферичні набряки, є пріоритетним, оскільки саме мікроциркуляція є основною метою рідинної ресуситації.

Висновок. З моменту введення концепції «Damage Control» для лікування хворих з важкими ушкодженнями ця стратегія набуває все більшої універсальності та поширеності. Показники смертності помітно знизилися в останні десятиліття.

Список літератури.

1. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fifth edition. D.S. Spahn et al. Critical Care. 2019. V. 23. P.98 https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3.

2. Cap A.P. et al Whole Blood Transfusion. Mil Med. 2018. V.1.N.183(suppl_2). P. 44-51. doi: 10.1093/milmed/usy120.

3. Gurney JM, Spinella PC Blood transfusion management in the severely bleeding military patient. Curr Opin Anaesthesiol. 2018. V.31. N.2. P.207-214. doi: 10.1097/ACO.0000000000000574.

4. C. M. Lamb, et al Damage Control Surgery in the Era of Damage Control Resuscitation. Br J Anaesth. 2014. V.113. N.2. P.242-249. doi: 10.1093/bja/aeu233.

5. R. Pfeifer et al Damage control in polytrauma: what are the standards in 2021? Polytrauma. 2021. № 2, P. 10-18. DOI: 10.24412/1819-1495-2021-2-10-18.

6. G. Volpin et al Damage control orthopaedics in polytraumatized patients - current concepts. J Clin OrthopTrauma. 2021. V. 12. №1. P. 72-82. doi: 10.1016/j.jcot.2020.10.018.

МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПРИ ТРАВМАХ ХРЕБТА

Андрійчук О.Я.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк

Травма – це порушення структури або функції організму, викликане раптовим механічним, термічним, електричним або хімічним впливом або відсутністю необхідних для нормальної життєдіяльності факторів, таких як кисень чи тепло. В цілому у світі щороку, за даними ВООЗ, внаслідок травм гине близько 5,8 мільйонів осіб. Травма є основною причиною смерті у осіб в віці до 44 років. Економічні витрати внаслідок травм є надзвичайно великі. ВООЗ виділяє 7 основних причин смерті внаслідок травми, серед них ДТП на першому місці. В основі допомоги потерпілим з травмою на догоспітальному етапі лежить концепція «золотої години», яка полягає в необхідності виконання реанімаційних і хірургічних заходів протягом першої години після травми. Причому, більша частина цієї години, як правило, припадає на догоспітальний етап. Продовженням цієї концепції є положення про «платинові» 10 хвилин після травми, в які необхідно забезпечити прохідність дихальних шляхів, стабілізувати шию (при підозрі на пошкодження шийного відділу хребта) і зупинити зовнішню кровотечу.

При наданні допомоги на догоспітальному етапі необхідно, перш за все, звертати увагу на фактори, що відповідають принципам ABC БЕ Американської колегії хірургів: (A) airway - підтримка прохідності дихальних шляхів; (B) breathing - підтримка вентиляції; (C) circulation - підтримка кровообігу; (D) disability - порушення свідомості; (E) exposure - профілактика переохолодження. Первинний огляд травмованого пацієнта відбувається за алгоритмом ABCDE. Якщо у травмованого виявлена масивна зовнішня кровотеча, вона повинна бути зупинена в першу чергу, навіть перед

забезпеченням прохідності дихальних шляхів (або проводити це одночасно, якщо є достатня кількість персоналу на місці події). Таким чином, алгоритм первинного огляду набуває виду: CABC, де C - зупинка зовнішньої кровотечі.

Багато закордонних авторів обов'язково вносять у класифікації пошкодження типа SCIWORA (повне або часткове пошкодження спинного мозку без кісткових пошкоджень хребців), причому частота такого ураження доходить до 20-40%. Причиною таких уражень може бути: транзиторна сублюксація, транзиторна травматична грижа диска, тракція і розтягнення хребта, судинний компроміс.

Пошкодження спинного мозку поділяються на інтрамедулярні і екстрамедулярні. Інтрамедулярні пошкодження спинного мозку на МРТ проявляються у вигляді компресії, набряку, геморагій, контузії, часткового або повного розриву. Екстрамедулярні пошкодження включають епідуральні крововиливи, посттравматичні грижі дисків, компресію спинного мозку та його корінців, які викликані зміщенням кісткових фрагментів або епідуральною гематомою.

Етап надання терапевтичної допомоги - це засоби та сили терапевтичної військової служби (госпітальні відділення медичних рот і лікувальні заклади), що розгортаються на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених, хворих і уражених, надання їм терапевтичної допомоги, лікування і підготовки до подальшої евакуації тих з них, хто цього потребує. Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю пораненого, ураженого або хворого (кома, гостра серцево-судинна недостатність, гостра дихальна недостатність, судомний або бронхо-спастичний синдром, триваюча блювота з різким зневодненням тощо), при психомоторному збудженні, при розвитку нестерпної сверблячки шкіри і при ураженнях із загрозою формування тяжкої інвалідності.

Після надання кваліфікованої терапевтичної допомоги поранених, уражених та хворих, з урахуванням стану транспортабельності, евакуюють у

лікувальні заклади, що забезпечують надання спеціалізованої терапевтичної допомоги.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ НЕВРОПАТИЧНИХ БОЛЕЙ ПРИ ТРАВМІ ЯЗИКОВОГО НЕРВУ.

Барило О. С., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Гаджула Н. Г.

Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова, Вінниця.

Вступ. В клінічній практиці досить часто спостерігається наявність післяопераційних ускладнень після проведення операцій в ділянці нижньої щелепи. Такими ускладненнями є неврит та невропатії язикового нерву. Вони виникають як ускладнення при проведенні операції хірургічного видалення 3 нижніх молярів, при розсічені абсцесів та флегмон підязикової ділянки, при проведення мандибулярної та торусальної анестезії з використання великої дози анестетика. Ускладнення, які виникають після оперативних втручань в ділянці нижньої щелепи, викликають не лише тимчасову, але й тривалу втрату працездатності потерпілих. Оскільки останніми найчастіше являються особи молодого і середнього віку, тобто найбільш працездатні, ця проблема набуває значення не лише як загальномедична, але і як соціально-економічна.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої задачі нами було проведено післяопераційне лікування 30 хворих з клінікою пошкодження язикового нерву. Пацієнти, в яких під час обстеження було клінічні ознаки пошкодження язикового нерву (анестезія зони іннервації, гіперестезії, парестезії) в післяопераційному періоді після видалення 3 нижніх молярів були поділені на 2 клінічні групи: основна група та група порівняння.

В групу порівняння увійшли 15 пацієнтів. В даних пацієнтів проводилось використання антибіотика широкого спектру дії терміном 10 діб (цефтріаксон) парентерально, нестероїдного протизапального препарату (діклофенак) парентерально.

В основну групу ввійшли 15 пацієнтів. В даних пацієнтів проводилось така ж терапія, як в групі порівняння та додатково вводився препарат Нуклео ЦМФ форте парентерально (в/м) в дозі 3 мл. один раз на добу 10 ін'єкцій.

Для порівняння було відібрано наступні показники: скарги – спонтанний біль, біль при навантажені, печіння, алодинії (спотворений біль), поколювання, та данні об'єктивного обстеження – порушення тактильної чутливості, порушення температурної чутливості, порушення больової чутливості язика. Скарги оцінювали по наступній шкалі: 0 – відсутність скарг, 1 – невиразні, 2 – виразні, 3 – нестерпні.

Нами було проаналізовано симптоми пацієнтів, що віддзеркалюють клініку пошкодження язикового нерву, протягом періоду лікування тричі: на момент початку лікування, на 7 добу та на 14 добу. Хворим використовувався препарат Нуклео ЦМФ форте терміном 10 діб (починаючи з 3 доби лікування). Препарат використовувався з даного періоду тому, що на перші 3 дні припадає гострий період коли різко порушена гемодинаміка тканин та знижується ефективність препарату.

Результати. Після проведеного спостереження було виявлено позитивну динаміку в скаргах хворих, що стосуються деяких параметрів функції язикового нерву, як в порівняльній так і основній групі. Так, що за період спостереження інтенсивність спонтанного болю в порівняльній групі знизилась в 2 рази, тоді як даний показник в основній групі, в якій було застосовано препарат Нуклео ЦМФ форте, знизився в 10,8 рази. Показник болю при навантаження суттєво не відрізнявся між групами і їх регрес становив 1,78 і 1,63 рази відповідно. Скарги, що напряму характеризують функцію язикового нерву, мали наступні показники: в порівняльній групі відчуття печіння знизилось в 2,69 рази, аллодинія (спотворення болі) – в 2,33 рази, відчуття поколювання – в 2 рази, крампії (посмикування) – в 1,84 рази. Зазначимо, що вищезгадані скарги в основній групі на 14 день лікування ***були відсутні***.

За період перебування на лікуванні було проведено комплексне обстеження неврологічного стану тканин, що отримують іннервацію від язикового нерву. Так видно, що в групі порівняння відновлення тактильної, температурної та больової чутливості проходило повільно і за період спостереження суттєво не змінилось. Інша картина спостерігається в основній групі з використанням Нуклео ЦМФ форте. Тут відбулось значне покращення в усіх показниках (відповідно на 66,07%, 67,85%, 60,71%).

Висновки. Використання препарату Нуклео ЦМФ форте повністю знімає такі неприємні суб'єктивні симптоми, як відчуття печіння, алодинії (спотворені болі), відчуття поколювання. Даний препарат значно зменшує інтенсивність проявів всіх видів порушення чутливості в зоні іннервації язикового нерву.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. ГІПЕРТЕНЗИВНИЙ КРИЗ.

Безверха Н.А.

КНП «Центр ПМСД» Градизької селищної ради, с. Градизьк, Полтавська обл.

Гіпертензивний криз це раптове значне підвищення систолічного чи діастолічного артеріального тиску (АТ) вище індивідуальних звичайних цифр у пацієнтів, що страждають на гіпертонічну хворобу, яка майже завжди супроводжується появою або посиленням порушень з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи.

Клінічні ознаки: відносно раптовий початок (від декількох хвилин до декількох годин); індивідуально високий рівень АТ; наявність церебральних, кардіальних, вегетативних симптомів; поява або посилення симптомів з боку органів-мішеней.

Залежно від ураження органів-мішеней та необхідності термінового зниження АТ розрізняють: ускладнений гіпертензивний криз; неускладнений гіпертензивний криз. Ускладнений гіпертензивний криз характеризується

гострим або прогресуючим ураженням органів-мішеней, становить пряму загрозу для життя,вимагає негайного зниження АТ ,протягом 1-2 годин.

Проявляється: гострою гіпертензивною енцефалопатією (ГЕ): порушення свідомості, судоми, перехідні вогнищеві симптоми, головний біль різної інтенсивності, нудота, блювання, порушення зору; транзиторною ішемічною атакою (ТІА); інсультом (геморагічним, субарахноїдальним, ішемічним); еклямпсією: головний біль, запаморочення, судоми, втрата свідомості; гострою лівошлуночковою недостатністю: задишка, ядуха, кашель з виділенням пінистого харкотиння, ортопное, тахіпное; нестабільною стенокардією або інфарктом міокарда (ІМ): напад ангінозного болю, задишка, серцебиття; загрозливим для життя аритміями (пароксизмальна тахікардія, різні види тахі аритмій, шлуночкова екстрасистолія високих градацій); розшаровуюча аневризма аорти (біль в грудях з іррадіацією в руки, мігруючий біль, запаморочення, порушення чутливості) АГ після операцій на серці та судинах; кровотечею. Неускладнений гіпертензивний криз без ознак гострого або прогресуючого враження органів-мішеней, є потенціальною загрозою для життя, вимагає повільного зниження АТ від декількох до 24 годин.

Основні принципи невідкладної допомоги: вимірювання АТ, оцінка стану хворого; застосування антигіпертензивних препаратів перорально або сублінгвально.

Препарати для лікування неускладненого кризу: ніфедипін короткої дії 10-20 мг. перорально або сублінгвально кожні 2-3 години; початок дії через 15-20 хв.; клонідин 0,075-0,3 мг перорально кожні 4 год.; каптоприл 12,5-50 мг. перорально або сублінгвально, початок дії через 20-30 хв. (показаний за серцевої недостатності,перенесеного ІМ,пацієнтам похилого віку); метопролол 50-100 мг. перорально кожні 3 год. початок дії через 30-60 хв. (показаний за тахікардії ,вегетативних проявів); празозин 0,5-2 мг. перорально кожні 4 год., початок дії через 30 хв.; фурасемід 40-120 мг. перорально або 2-4 мл. в/м,початок дії через 5-30 чв.; торасемід 10-100 мг.

перорально, початок дії через 5-30 хв.; моніторинг АТ в динаміці кожні 10 - 15хв.; застосування антигіпертензивних препаратів паралельно.

Лікування ускладненого кризу: початок терапії більше 140/90 мм.рт.ст, зниження середнього АТ на 25% упродовж 8 год.; лабеталол 4-16 мл.(20-80) в/в струминно із швидкістю 0,4 мл./хв.(2мг./хв.) або 50-300 мг. На 200мл.0,9% р-ну NaCl в/в крапельно, початок дії через 10-15 хв., тривалість дії 4-8 год.; фурасемід 2% 4-8 (40-80мг.) в/в струминно початок дії через 5-30 хв. Тривалість дії 6-8 год.; сульфат магнію 5-20мл.25%р-ну в/в струминно, початок дії через 5-30 хв., тривалість дії 6-8 год.

При гострому коронарному синдромі: початок терапії за рівня САТ більше 160 або ДАТ більше 100 мм.рт.ст.; нітрогліцерін 50-100 мкг/хв.на 200 мл. 0,9%NaCl в/в крапельно зі швидкістю 2-6 крап/хв., початок дії через 2-5 хв.,тривалість дії 3-5хв.; лабеталол 4-16 мл.(20-80мг) в/в струминно із швидкістю 2мг/хв., або 50-300мг. на 200мл. 0,9% NaCl в/в крапельно, початок дії через 5-10 хв., тривалість дії 4-8 год., або пропранолол 2-5 мг на 200 мл 0,9% NaCl в/в крапельно зі швидкістю 0,1 мг/хв., початок дії через 10-20 хв.,тривалість дії 2-4 год.

Гостра недостатність лівого шлуночка: початок лікування за рівня АТ більше 140/ 90 мм.рт.ст; нітрогліцерін 50-100 мкг./хв. на 200 мл. 0,9% NaCl в/в крапельно зі швидкістю 2-6 крапельно /хв. початок дії через 2-5 хв. тривалість дії 3-5 хв; фурасемід 2% 4-8 мл.(40-8-мг) в/в струминно, початок дії через 5-30 хв., тривалість дії 6-8 год.; еналаприл - 1,25 -5 мг.на 50мл.5% р-ну глюкози або 0,9% NaCl в/в струминно повільно, не швидше 5хв., початок дії через 15-30 хв., тривалість дії 6 год.; урапірил 25мг.(5мл 0,5% р-ну) на 20мл.0,9% NaCl в/в повільно струмино протягом 5хв. під контролем АТ, за неефективності через 2 хв. повторить в/в введення, після чого підтримуюча доза - 50мл (250мг.) препарату розчиняють у 500мл. 0,9%р-ну NaClв/в крапельно, початкова швидкість введення не вище 4,4 мл/хв (88 крап/хв.)

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Біда О.О.

ФДУ «Центр охорони здоров’я державної кримінально-виконавчої служби України», Полтава

Відповідно до Наказу МОЗ України «Щодо надання медичної допомоги в умовах воєнного стану військовослужбовцям, які беруть участь в операції об’єднаних сил» від 25.02.2022 № 379, медична допомога надається усім постраждалим та пораненим у цілодобовому режимі безвідмовно, госпіталізація постраждалих та поранених здійснюється у найближчі заклади охорони здоров’я, які спроможні надати допомогу відповідно до профілю ураження. Організація надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пораненим (хворим) військовослужбовцям в закладах охорони здоров’я, що залучаються для надання вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, покладається на МОЗ спільно з Міноборони**.**

Організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території, екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги здійснюються відповідно Закону України «Про екстрену медичну допомогу», Постанов Кабінету Міністрів України, наказів Міністерства охорони здоров'я України та рішень органів місцевої влади. На території України кожен громадянин України та будь-яка інша особа мають право на безоплатну, доступну, своєчасну та якісну екстрену медичну допомогу, яка надається відповідно до цього Закону.

Надання екстреної медичної допомоги людині у невідкладному стані на місці події, під час перевезення та у закладі охорони здоров'я здійснюється відповідно до медичних показань на основі клінічних протоколів і стандартів

екстреної медичної допомоги, які затверджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Оперативно-диспетчерська служба центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф є структурним підрозділом центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, який з використанням телекомунікаційних мереж, програмних, технічних та інших засобів забезпечує у цілодобовому режимі. Існує норматив прибуття бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги на місце події. Основними завданнями телемедицини є забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання та сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я.

Парамедична допомога дозволяє більш раціонально використовувати лікарський ресурс, заощаджувати час доїзду бригад екстреної медичної допомоги, стабілізувати пацієнта до моменту прибуття у приймальне відділення медичного закладу. Вона є складовою системи екстреної медичної допомоги. При цьому жоден парамедик не є лікарем. Для оволодіння відповідними навичками, парамедики проходять спеціальну підготовку різних рівнів, тривалість якої є різною для кожної країни.

В Україні на сьогодні немає парамедичної служби. До надання екстреної долікарської медичної допомоги на догоспітальному етапі залучаються фельдшер, медична сестра, молодший медичний персонал бригад екстреної медичної допомоги. Розвиток парамедичної служби є необхідним для нашої держави, особливо з огляду на триваючу антитерористичну операцію на сході України. Адже ефективність такої допомоги було яскраво доведено на практиці в зоні проведення бойових дій волонтерами-парамедиками, які врятували сотні життів завдяки своїм навичкам та вмінню.

ЕТАПИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ У ВОЄННО-ПОЛЬОВИХ УМОВАХ. ТЕЛЕМЕДИЦИНА.

Горова А.В.

КП «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер ПОР», Полтава

Введення воєнного стану на території України – це наше сьогодення, яке змушує змінити основні алгоритми в роботі медичних закладів для максимального забезпечення надання медичної допомоги, як військовослужбовцям, так і цивільним.

Медичне сортування при наданні медичної допомоги потерпілим під час дії воєнного стану здійснюється відповідно до Стандарту екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затвердженому Наказом МОЗ України від 24.02.2022 року № 368.

Перш ніж почати надавати допомогу на полі бою, необхідно пам’ятати про головне правило будь-якої допомоги - збереження власного життя - якщо ви не впевнені у власній безпеці, розпочинати надання допомоги заборонено.

Існує три етапи надання допомоги пораненим на полі бою. Перший етап – це так звана «червона зона», тобто надання допомоги потерпілим в зоні обстрілу. Другий етап – це надання допомоги в «жовтій зоні». Жовта зона характеризується, як надання допомоги в зоні укриття. Третій етап – це власне евакуація з поля бою до медичних закладів, при необхідності спеціалізованих закладів.

Допомога пораненим надається за певним алгоритмом: пацієнт оглядається на наявність небезпечних для життя кровотеч, проводяться заходи для відновлення прохідності дихальних шляхів (при необхідності введення носоглоткового повітроводу); обробляються відкриті ушкодження грудної клітини, при напруженому пневмотораксі провести декомпресію; накладається кровоспинний джгут або перевіряється його стан, якщо він застосовувався; обов’язково пацієнт оглядається на предмет незначних

кровотеч, які в свою чергу можуть призвести то незворотних наслідків; оглядається пацієнт на предмет будь-яких ран на кінцівках, які можуть бути небезпечні для життя та проводиться їхня обробка; продовжується огляд на предмет інших травм, переломів, опіків - при необхідності проводиться іммобілізація. Одним з обов'язкових етапів надання допомоги - це знеболення та антибактеріальна терапія. Важливим моментом являється застосування препаратів з особистої аптечки потерпілого, а не власної аптечки, так як вона може знадобитися вам самим.

За статистикою у 80 – 90 % поранених на полі бою причиною летального випадку в першу чергу стають масивні крововтрати, які складають майже 60%, друге місце займає – непрохідність дихальних шляхів (34%) та на третьому місці різні види пневмотораксу (всього 6%), але при своєчасному наданні медичної допомоги на до госпітальному етапі відсоток смертності можна знизити щонайменше ½ від загальної кількості.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 вересня 2022 року №1695 Затверджено Порядок надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях. Цей порядок визначає механізм організації та забезпечення надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини, реабілітаційної допомоги із застосуванням телереабілітації, який поширюється на заклади охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики у період дії воєнного стану в Україні.

Маючи досвід роботи з провідними технологіями та базуючись на принципах соціальної відповідальності, Intellias розробив інноваційне рішення у сфері телемедицини – IntelliAedes. До таких розробок відноситься: особистий пристрій зроблений у формі браслету, персональний пристрій містить чіп та невеликий проектор для транслювання зображення на стіну. Він надає інформацію про життєво важливі показники та ризики для

здоров'я, а також має три режими: звичайний, критичний, та фітнес. Наступний і головний пристрій - це пристрій, який імплантується у хребет користувача та збирає всю необхідну інформацію про стан його здоров'я. Потім ця інформація передається на персональний пристрій та вебпортал. Лікарі можуть стежити за станом пацієнта та надавати допомогу віддалено в разі необхідності.

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ МЕДИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ

Гнедик Є.С.

лабораторія дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка Сташиса В.В. НАПрН України

Введення в обіг медичної продукції здійснюється у відповідності до Закону України «Про технічні регламенти та оцінку відповідності».

Цей Закон регулює відносини, що виникають у зв'язку з розробленням та прийняттям технічних регламентів і передбачених ними процедур оцінки відповідності, їх застосуванням стосовно продукції, яка вводиться в обіг, надається на ринку або вводиться в експлуатацію.

Цілями прийняття технічних регламентів є захист життя та здоров'я людей, тварин і рослин, охорона довкілля та природних ресурсів, забезпечення енергоефективності, захист майна, забезпечення національної безпеки та запобігання підприємницькій практиці, що вводить споживача (користувача) в оману. ехнічні регламенти розробляються, приймаються та застосовуються на основі принципів, установлених Угодою Світової організації торгівлі про технічні бар'єри у торгівлі, що є додатком до Марракеської угоди про заснування Світової організації торгівлі 1994 року.

Постановою КМУ від 02.10.2013 р. № 753 «Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів» в редакції від 19.05.2020 року, затверджений Порядок введення в обіг медичної продукції, в тому числі приладів, пристроїв, програмного забезпечення.

Відповідно до Технічного регламенту щодо медичних виробів, введення в обіг та/або в експлуатацію медичних виробів дозволяється тільки в разі, коли вони повністю відповідають вимогам Технічного регламенту щодо медичних виробів, за умови належного постачання, встановлення, технічного обслуговування та застосування їх за призначенням.

Отже, перед введенням в обіг, медичні вироби мають пройти процедуру оцінки відповідності, зокрема шляхом складання декларації про відповідність, та здійснити реєстрацію осіб, відповідальних за введення медичних виробів в обіг.

Наказом МОЗ України від 10.02.2017 № 122, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 7 березня 2017 року за № 317/30185, затверджено Порядок ведення Реєстру осіб, відповідальних за введення медичних виробів, активних медичних виробів, які імплантують, та медичних виробів для діагностики in vitro в обіг, форми повідомлень, переліку відомостей, які зберігаються в ньому, та режиму доступу до них. Цей Порядок встановлює процедуру формування та ведення Реєстру осіб, відповідальних за введення медичних виробів, форми повідомлень, перелік відомостей, які зберігаються в цьому Реєстрі, та режим доступу до нього.

Ведення даного реєстру здійснюється Державною службою України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Реєстр розміщується на офіційному вебсайті Держлікслужби, доступ до реєстру є відкритим.

Між тим існують деякі особливості українського законодавства щодо ціноутворення, ставки ПДВ, порядку обігу в умовах пандемії на короновірусною хворобу, маркування медичних виробів та інше.

Наприклад, постановою КМУ від 13.01.2016 р. № 94 «Про затвердження Технічного регламенту законодавчо регульованих засобів вимірювальної техніки» до переліку продукції, на яку поширюється дія даного Технічного регламенту, віднесено, зокрема: аналізатори медичного призначення: біохімічні; гематологічні; електролітів та газу в крові; імуноферментні; флуоресцентні; хемілюмінесцентні; електрохімічні;

вимірювачі артеріального тиску (тобто медичні вироби — тонометри); вимірювачі вмісту алкоголю в крові та повітрі, що видихається; кардіодефібрилятори; медичні термометри; монітори пацієнта; ультразвукові діагностичні прилади. А між тим, постанова КМУ від 02.10.2013 р. № 753 також регламентує регулювання даної категорії виробів, оскільки в ньому вже міститься положення, які стосуються вимог до медичних виробів з функцією вимірювання.

ЕКСТРЕННА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Грейда Н.Б.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк

Травми шийного відділу хребта становлять до 20% від загальної кількості травм. Хоча вони зустрічаються рідше, ніж травми інших відділів хребта, але в близько 40% випадків можуть призвести до смертельних наслідків. Визначають симптоми ушкоджень шийного відділу хребта такі як: біль в шийному відділі з можливою іррадіацією її в потиличну ділянку, надпліччя, руки; напруження м'язів шиї у спокої або при рухах головою; обмеження рухів в шийному відділі хребта; вимушене положення голови і шиї.

При дослідженні шиї можна виявити ушкодження великих судин, глотки, трахеї, їх ознаками можуть бути розлад дихання, кашель, підшкірна емфізема. Порушення рухів в шийному відділі хребта, різкий біль при рухах спостерігається при вивихах або переломі шийних хребців.

Перша невідкладна допомога при травмах шийного відділу хребта передбачає необхідність викладення постраждалого на горизонтальну поверхню, підтримуючи голову та шию. Потрібно на шийний відділ накласти жорсткий комір Філадельфія. Знехтуванням цих вимог може призвести до порушення опорно-рухових функцій хребта. При кровотечі накладають пов’язку, що ефективно притискає рану. За умови легкого розтягнення або

забою фіксують шию за допомогою м’якого коміру Шанца, коміру Нельсона, шини, ортеза. Цей комір повторює контури шиї, і при правильному накладення повністю знерухомлює шийний відділ. Комір рекомендують накладати двом особам – одна фіксує голову, інша обережно підводить комір під шию. У випадку відсутності комірця Шанца використовують підручні засоби: одяг, взуття, масивну ватно-марлеву пов’язку на шию, пластикові пляшки, тощо. Це допомагає провести витягування, забезпечити анатомічно-фізіологічне положення голови та шийного відділу хребта, розслабити м’язи шиї, зменшити навантаження на хребет.

Для транспортування використовують широку дошку або двері, довші за зріст потерпілого. Носилки або щит повинні мати рівну жорстку поверхню. Для запобігання раптовим рухам та зміщенню тіла пораненого необхідно обережно зв’язати його руки (на рівні талії) та ноги. Якщо потерпілий знаходиться в положенні на спині, на носилки або щит під поперек підкладають валик.

Надання допомоги потерпілим з підозрою на пошкодження будь-якого відділу хребта, а також їх транспортування проводяться тільки в положенні лежачи та на твердій поверхні. Для правильного надання допомоги потрібна група людей не менше 3 осіб. Потерпілого забороняється зрушувати з місця. Потрібно попросити потерпілого трохи поворушити руками і ногами і перевірити чутливість легким пощипуванням. Якщо травмований рухається та відчуває біль, то спинний мозок не постраждав. Всі поранені з підозрою на пошкодження хребта підлягають іммобілізації та транспортування здійснюється на щиті, жорстких або вакуумних ношах. При положенні пораненого обличчям додолу його не перевертають, транспортують, підклавши під груди валик. Травмованого з підозрою на травму хребта заборонено: саджати; змушувати вставати на ноги, ходити; транспортувати в положенні сидячи; намагатися самостійно вправити деформований хребет; тягнути за руки, за ноги; здійснювати витягування (тракцію) будь-якого відділу хребта; годувати, поїти. Якщо евакуація буде здійснена менш ніж за

одну годину, знеболювання краще не проводити. Рухи хребта, особливо згинання, можуть призвести до додаткового ураження хребта і спинного мозку. Кількість перекладань потерпілого має бути зведено до мінімуму. При дотриманні всіх цих вимог небезпека ускладнення перелому хребта на догоспітальному етап буде зведена до мінімуму. Наслідки деяких помилок, допущених на догоспітальному етапі, в подальшому буде неможливо усунути навіть найефективнішим лікуванням та реабілітацією.

ДИНАМІКА ЗВЕРНЕНЬ НАСЕЛЕННЯ м. ПОЛТАВА ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ДО МІСЬКОГО ТРАВМАТОЛОГІЧНОГО ПУНКТУ ПРОТЯГОМ 2018-2022 РОКІВ

Єпіщенко В.Є., Плужнікова Т.В.

ПОГ «ІНВАТЕКС», Полтава

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Комунальне підприємство «1-А міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» – багатопрофільний лікувальний заклад охорони здоров'я, який обслуговує населення м. Полтави і надає спеціалізовану стаціонарну та амбулаторно-поліклінічну допомогу.

Травматологічний пункт входить до структурних підрозділів комунального підприємства. Міський травматологічний пункт забезпечує надання цілодобової невідкладної кваліфікованої медичної допомоги травмованим з ураженням опорно-рухового апарату та невідкладної антирабічної допомоги постраждалому населенню. Особливо інтенсивна робота цього структурного підрозділу в періоди несприятливих погодних умов (снігові замети, ожеледиця), коли медичної допомоги та обстеження потребують 100-120 осіб протягом доби.

На травмпункті виконуються наступні лікувальні заходи:

1. Невідкладна допомога амбулаторним травмованим особам з ураженням опорно-рухового апарату

2. Проведення первинної реанімаційної та протишокової допомоги постраждалим з тяжкими травмами.
3. Надання антирабічної допомоги постраждалим від укусів тварин.
4. Госпіталізація за наявності показань травмованих до стаціонарних відділень лікарні (травматологічного, анестезіології та інтенсивної терапії та ін.).
5. Лікувально-діагностичний процес у міському травмпункті проводиться із застосуванням сучасних рентгенологічних методів, комп'ютерної томографії.

Щорічно до травмпункту звертається за медичною допомогою більше 20 тисяч пацієнтів. Згідно звітних документів комунального підприємства було проаналізовано динаміку звернень за медичною допомогою до 1 Міського травмпункту протягом 2018-2022 років. Спостерігається зменшення відвідувань травмпункту як всього потерпілих (темп приросту дорівнює - 15,9 %), так і тих, хто вперше звернувся за допомогою (темп приросту дорівнює - 19,8 %) у цей період.

Перше місце по темпам зменшення звернень до травматологічного пункту займають гострі закриті черепно-мозкові травми (ЗЧМТ) – відбулося зменшення майже у 5,2 рази (темп приросту дорівнює - 80,8 %). На другому місці стоять повторні звернення до лікувального закладу (темп приросту дорівнює – 81,0 %). Третє місце займають звернення щодо алкогольного сп'яніння (зменшилося більш ніж у 2 рази, темп приросту дорівнює - 54,8 %).

Серед інших звернень за медичною допомогою до 1 Міського травмпункту протягом 2018-2022 років спостерігається також і збільшення відвідувань. Так, протягом досліджуваних років збільшилася кількість відвідувань укушених (в т.ч. кліщі) у 3,5 рази (темп приросту дорівнює 261,7 %). Друге місце за збільшенням звернень займають пошкодження зв'язок (збільшилося майже у 1,5 рази, темп приросту дорівнює 44,2 %). Попри те,що загальна кількість звернень щодо гострих ЗЧМТ зменшилася, серед травм збільшилася кількість звернень щодо вуличних та спортивних травм у період 2018-2022 років (темп приросту складав 23,0 % і 26,0 % відповідно).

ВИКОРИСТАННЯ ПРАВИЛА 15:15 ДЛЯ ЗАПОБІГАННЯ ГІПОГЛІКЕМІЯМ ТА РИКОШЕТНИМ ГІПЕРГЛІКЕМІЯМ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Катеренчук В.І., Попруга А.О.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Війна в Україні суттєво збільшила ризик гіпоглікемічних станів у хворих на цукровий діабет (ЦД). Повітряні тривоги та потреба пройти в укриття збільшили частоту ситуацій, коли після введення інсуліну не було змоги прийняти їжу. Під час війни у частини пацієнтів відзначалися суттєві проблеми у дотриманні режиму харчування, мав місце обмежений доступ до продуктів харчування. Відзначалося також зростання рівня фізичної активності, що призводило до посилення незалежної від інсуліну утилізації глюкози. Як наслідок вищеперерахованого значно зростала частота гіпоглікемій. Гіпоглікемія є найбільш поширеним гострим діабетичним порушенням та побічним явищем гіпоглікемізуючої терапії, яке суттєво погіршує якість життя хворих. Хворі на ЦД, особливо ті, хто має досвід тяжкої гіпоглікемії дуже побоюються повторних епізодів, тому часто для запобігання гіпоглікеміям вживають надмірну кількість вуглеводів, що призводить до розвитку виразних рикошетних гіперглікемій, які також є серйозним небажаним явищем і можуть потребувати проведення додаткової корекції.

Для лікування гіпоглікемій та запобіганню рикошетним гіперглікеміям Американська діабетична асоціація рекомендує використовувати правило 15:15, яке передбачає вживання у випадку появи гіпоглікемії або її симптомів 15 грам глюкози з наступним 15-хвилинним очікуванням. Якщо симптоми гіпоглікемії зникли і не повторюються, гіпоглікемія вважається завершеною, якщо симптоми гіпоглікемії зберігаються – вживання 15 грам глюкози та термін 15-хвилинного очікування повторюють. При роботі з пацієнтами під час війни ми в обов’язковому порядку інформували їх про дане правило запобігання тяжким гіпоглікеміям. Пацієнти були проінформовані про

можливі варіанти та кількість солодощів, які вони мають мати при собі для запобігання гіпоглікеміям. Вказаний алгоритм дій є простим і позитивно сприймався пацієнтами. Використовуючи рекомендації Американської діабетологічної асоціації нам вдалося знизити частоту гіпоглікемій та, що не менш важливо, рикошетних гіперглікемій у пацієнтів. Частота гіпоглікемічних епізодів під час війни у пацієнтів, які пройшли навчання була не вищою, ніж у мирний час і суттєво нижчою, ніж у пацієнтів, які такого навчання не проходили. Ми відзначали також поліпшення емоційного стану пацієнтів, впевненості в собі та схильності до виконання інших рекомендацій.

АНАЛІЗ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ГОЛОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ СЬОГОДЕННЯ

Коршенко В.О., Розмовенко Г.Г., Гавловський О.Л.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги (ЕМД) - одна з найважливіших ланок системи охорони здоров‘я, це медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров’я (ст. 1 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 № 5081-VI). Система ЕМД в Україні функціонує на безплатній основі та надає допомогу пацієнтам в невідкладному стані та травмованим при нещасних випадках з масовою кількістю постраждалих. Бригади ЕМД допомагають пацієнтам незалежно від того, чи уклали вони договір з сімейним лікарем, чи ні. Здійснити виклик може як сам пацієнт чи випадковий свідок події, так і сімейний лікар. Система ЕМД впродовж останніх років перебуває в стані трансформації. На другому етапі реформи системи екстреної медичної допомоги, який стартував 1 квітня 2020 року, екстрена медична допомога

зазнала низки змін. Значні зусилля спрямували: на покращення матеріально-технічної бази, розбудову та комп'ютеризацію центрів ЕМД, створення умов для покращення доїзду бригад ЕМД до місця виклику, забезпечення центрів навчання медичних працівників належним обладнанням. Вдалося істотно оновити автопарк санітарних автомобілів та обладнати їх GPS-трекерами, а кожну бригаду забезпечити планшетами для налагодження безперебійного зв'язку з оперативно-диспетчерською службою відповідного центру та передачі інформації про пацієнта до електронної системи в режимі реального часу. Запровадження інформаційно-аналітичної системи «Централь-103» дало змогу якісно обробляти звернення та направляти на виклик не просто вільну бригаду, а саме найближчу до місця виклику вільну бригаду. Крім того, відпрацьований алгоритм маршрутизації пацієнтів з різними діагнозами до ЛПЗ. Постановою від 28 грудня 2020 року №1359 КМУ затвердив новий порядок функціонування оперативно-диспетчерських служб центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Усі звернення за екстреною меддопомогою надходять та обробляються центральною оперативно-диспетчерською службою центру (ЦОД) за технологічними стандартами.

Із 1 січня 2021 року діють нові критерії виклику бригад екстреної медичної допомоги. Час доїзду бригади ЕМД до пацієнта більше залежить не від територіальної належності, а від пріоритетності стану хворого. У 2022 році відповідно до Програми медичних гарантій екстрена медична допомога включена до переліку безплатних медичних послуг для усіх категорій пацієнтів незалежно від стану здоров'я та соціального положення. Станом на 01.01.2022р. в Україні функціонує 25 центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф регіонів, а екстрену медичну допомогу надають 2875 бригад екстреної швидкої медичної допомоги (ЕШМД) (у 2019 р. – 2954,65). Відмічається суттєве зменшення кількості бригад ЕШМД за рахунок лікарських — на 3,7%, фельдшерських – на 0,5%, спеціалізованих на 30,9 %, з них кардіореанімаційних – на 58,6%, психіатричних – на 14%,

неврологічних – на 42,%, інших — на 24,4%. Істотно зменшились показники кількості виїздів бригад ЕШМД у т. ч. — на 19,2% лікарських бригад, на 7,8% — фельдшерських та на 36,9% спеціалізованих, в основному за рахунок бригад кардіореанімаційних, яких стало втричі менше.

У процесі діяльності бригад ЕШМД існує ціла низка проблемних питань:

1. Низький стан укомплектованості працівниками, висока плинність кадрів та високий відсоток працівників пенсійного віку.
2. На цей час в усіх обласних центрах ЕМД та МК створені оперативно-диспетчерські служби, але різне програмне забезпечення унеможливлює інтеграцію в єдину оперативно-диспетчерську службу держави.
3. Низький рівень забезпеченості матеріально-технічної бази навчально-тренувальних відділів Центрів.
4. Великий відсоток автомобільної техніки з терміном експлуатації 5-10 років, понад 10 років та таких, що підлягають списанню.

Проаналізувавши доступні інформаційні джерела можна зробити наступні висновки.

Система ЕМД відповідає вимогам сьогодення та світових стандартів, рівню розвитку нашого суспільства, перспективам інтеграції нашої країни в ЄС та справляється у повному обсязі із завданнями щодо надання екстреної медичної допомоги населенню держави. Система працює у штатному режимі забезпечуючи виконання поставлених завдань.

З метою соціального захисту медичного персоналу бригад ЕШМД та постійного його професійного зростання настав час впровадження в систему ЕМД відеорегістраторів, спроможних фіксувати весь процес організації надання ЕМД від виклику до його завершення. Суттєвого поліпшення вимагає взаємодія ЕМД під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та здійснення аеромедичної евакуації та впровадження в практичну діяльність безпілотних літальних апаратів.

Водночас в умовах ведення гібридної війни за рахунок удосконалення механізмів військово-цивільного співробітництва в єдиній державній системі цивільного захисту суттєвого впливу на національну безпеку та оборону України набуває готовність системи ЕМД до виконання завдань за призначенням і в НС воєнного характеру.

В нинішніх умовах неможливо обійтись без безпілотних літальних апаратів, які вважаються успішною інновацією як для медицини катастроф, так і для надання ЕМД в цілому. У розвинених зарубіжних країнах під медичними безпілотними літальними апаратами розуміються аеродинамічні контейнери, які використовуються для транспортування лікарських засобів та виробів медичного призначення, у тому числі засобів первинної та домедичної допомоги й вакцин.

ТЕРМІНОВА ХІРУРГІЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ, ЯКІ ВИБУЛИ ЗІ СТАЦІОНАРУ НА РІВНІ РАЙОНУ

Криштопа Н.І., Запорожченко О.В.

КНП «Зінківська міська центральна лікарня» ЗМР, м. Зіньків,

Полтавська область

Роль хірургічної допомоги у формуванні показників роботи лікувальних закладів, а також враховуючи обов’язкову наявність хірургічної допомоги в структурі госпітальних округів, зважаючи на те, що вартість хірургічних втручань є значно вищою за інші види медичних послуг, доцільно провести аналіз розвитку служби на теренах області для правильного формування потреби у такому виді допомоги та плануванні її розвитку.

Невідкладні хірургічні хвороби органів черевної порожнини є найбільшою за обсягом групою захворювань у загальнохірургічних стаціонарах, а їх лікування потребує суттєвих організаційних, структурних, професійних та фінансових ресурсів. Кількість захворювань, які відносяться до невідкладної абдомінальної хірургії, є значною і, за статистичними

даними, нема суттєвої тенденції до їх зменшення. Хірургічна допомога при невідкладних хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини має свої особливості. По-перше, ця патологія виникає раптово, у будь-який час доби, нерідко має прогресуючий перебіг, і саме своєчасне надання такої допомоги та її організація є суттєвим в досягненні позитивного результату. Крім того, при наданні медичної допомоги пацієнтам із невідкладними хірургічними захворюваннями є потреба у постійному динамічному спостереженні й швидкому прийнятті рішень з діагностичної та лікувальної тактики. По-друге, враховуючи те, що результат надання медичної допомоги хворим із гострими хірургічними захворюваннями залежить від медичних працівників різних рівнів, первинного, вторинного та третинного, постають питання про оптимізацію організаційних питань, можливостей організації їх інтенсивної діяльності та своєчасності прийняття клінічних рішень. Одним із напрямків, який може впливати на вирішення цієї проблеми, є створення узгоджених стандартизованих організаційних підходів і алгоритмів з надання діагностичної та лікувальної допомоги.

Зіньківська центральна районна лікарня надає цілодобово вторинну спеціалізовану медичну допомогу. В структурі закладу наявні поліклінічне відділення з діагностичним підрозділом та стаціонарні відділення . Медична допомога надається як населенню району так і іногороднім. Кількість оперованих хворих у 2021 році – 356 осіб, у тому числі дітей віком 0-17 років включно 214; сільських жителів (із пункту 1) 3194. Із загальної кількості проведено операцій з використанням апаратури: лазерної - 4, у тому числі при операціях на сітківці 5; кріогенної - 6; ендоскопічної - 7; агіографічної - 8; рентгенівської - 9. Кількість загальних анестезій оперованим, усього 1082, у тому числі дітям віком 0-17 років включно 112.

Відділення хірургічного профілю Зіньківської центральної лікарні надає висококваліфіковану планову та екстрену медичну допомогу, має в своєму складі операційну. Лікування проводиться згідно з сучасними

протоколами надання хірургічної допомоги. Персонал відділення постійно відвідує профільні конференції та проходить курси підвищення кваліфікації.

Основним контингентом хворих є: хворі з патологією органів черевної порожнини: гострий апендицит, гострий панкреатит, жовчно-кам'яна хвороба, ускладнені виразки шлунка та ДПК, гостра кишкова непрохідність та інші; хворі з килами черевної стінки (пахвинними, пупковими, післяопераційними), в тому числі рецидивними, великих розмірів; хворі з травмами органів черевної та грудної порожнини, в тому числі з політравмою; хворі із захворюванням судин: атеросклеросклероз судин нижніх кінцівок, діабетична ангіопатія, гострий та хронічний тромбофлебіт, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок, хронічна венозна недостатність, в тому числі ускладнені трофічними виразками; хворі з гнійно-запальним захворюваннями різної локалізації; хворі з урологічною патологією: сечокам'яна хвороба, запальні захворювання нирок, сечового міхура, простати, зовнішніх чоловічих статевих органів; хворі з різноманітними ураженнями та травматичними пошкодженням опорно-рухового апарату.

Основними видами хірургічних втручань є: невідкладні оперативні втручання з приводу гострої хірургічної патології: при гострому апендициті, гострому холециститі, гострій кишковій непрохідності, защемлених килах, ускладнених виразках шлунка та дванадцятипалої кишки, при травмах з пошкодженням внутрішніх органів.

За 2021 рік термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару склала: гостра непрохідність кишок – доставлено 5 осіб, з них 5 прооперовано; з приводу гострого апендициту доставлено 16 осіб, з них 16 прооперовано (з них 1 дитина); проривна виразка шлунка та 12-палої кишки прооперовано 2; шлунково-кишкова кровотеча доставлено 12, з них 1-прооперовано, защемлена грижа доставлено 7 осіб, з них - 7. прооперовано; гострий холецистит - 9, з них 5 прооперовано; гострий панкреатит - 35; травми внутрішніх органів грудної та черевної порожнини й таза 2 людини.

Планові оперативні втручання надаються при хронічному холециститі; з приводу пахвинних, стегнових, післяопераційних вентральних кил; при варикозному розширені вен нижніх кінцівок; втручання з приводу доброякісних новоутворень шкіри та підшкірної клітковини; хірургічне лікування урологічної патології: втручання з приводу аденоми простати, гострої затримки сечі, травм органів сечостатевої системи.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ МІННО-ВИБУХОВІЙ ТРАВМІ

Левік І. П.[1], Краснова О.І.[2]

[1]КНП «Котелевська лікарня планового лікування» КСР, Полтавська обл.

[2]Полтавський державний медичний університет, Полтава

Котелевська лікарня планового лікування знаходиться у 30 км від міста Охтирка. Саме тут 24.02.2022 був епіцентр бойових дій і бійці з різними видами поранень в тому числі з мінно-вибуховими травмами на протязі 14 днів доставлялися в наш заклад для надання екстреної допомоги.

Робота медиків надавалася злагоджено, кваліфіковано. Але було відсутнє розуміння самого механізму мінно-вибухової травми та її ускладнень. Крім того, лікарі зіткнулися з мінно-вибуховою травмою у цивільних (доставлено 2 пацієнта, які отримали травму в наслідок необережного поводження з вибуховим предметом).

Мінно-вибухова травма – це вогнепальна, поєднана травма, що виникає у людини в наслідок імпульсивного впливу, комплексу вражаючих факторів вибуху мінних боєприпасів. Перебіг мінно-вибухових поранень проходить із глибоким і об’ємним руйнуванням тканин та контузії. Питома вага мінно-вибухових травм у воєнних конфліктах збільшується та становить близько 69 %. Частота медико-санітарних утрат досягає 25 %.

Розрізняють: осколкові поранення, внаслідок дії первинних та вторинних фрагментів, а також поранення заподіяні протипіхотними мінами.

По типу ураження мінно-вибухові травми поділяються: отримані шляхом натиснення на її кришку, випадкова активація механізму, активація пристрою безпосередньо в руках особи.

Класифікація уражень, заподіяних вибухами:

- первинні травми – травми є результатом безпосередньо «ударної хвилі»;
- вторинні – внаслідок контакту з фрагментами вибухового пристрою;
- третинні – викликані безпосереднім впливом вибухової хвилі;
- четвертий – супутні ураження (множинні ушкодження).

Даний вид травми характеризується великою крововтратою, забоєм легень серця, відкритими і закритими переломами кінцівок. Тому основним завданням є виявлення головного діючого фактору від якого залежить життя потерпілого і надання йому першої медичної допомоги.

По-перше, необхідна зупинка зовнішньої кровотечі (накладання турнікету, джгута). Слід пам’ятати, що після накладання джгута - необхідно на ньому написати дату і час. Відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів. Слід оглянути ротову порожнину. Впродовж 10-20 секунд перевірити дихання: чую, бачу, відчуваю. Провести серцево-легеневу реанімацію. Боротьба з шоком.

Успішне засвоєння розуміння про мінно-вибухову травму та вміння надавати першу кваліфіковану медичну допомогу – приведе до зменшення відсотку медико-санітарних втрат під час бойових дій.

ДОМЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕПРОХІДНОСТІ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Левков А. А.[1], Рибалко Л. М.[1], Клеценко Л. В.[1], Горошко В.І.[1], Годієнко О.В.[1], Вишар Є. В.[2]

[1]Національний університет «Полтавська Політехніка імені Юрія Кондратюка», Полтава

[2]Полтавський інститут економіки і права ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», Полтава

Основної причиною летальності критичних пацієнтів на догоспітальному етапі є гостра дихальна недостатність (ГДН). Розвиток ГДН приводить до ускладнення критичного стану хворих і постраждалих, появи відстрочених ускладнень, які значно погіршують прогноз, та супроводжується високою летальністю (55–65 %).

Найчастіше (приблизно в 95-98% всіх випадків) сторонні тіла дихальних шляхів зустрічаються у дітей у віці від 1,5 до 3 років. За даними різних авторів, частота проникнення в різні відділи дихальних шляхів наступна: сторонні тіла гортані - 12%, сторонні тіла трахеї - 18%, сторонні тіла бронхів - 70%.

Дихання — необхідний фізіологічний процес постійного обміну газами між організмом і зовнішнім середовищем.

Дихальна система — відкрита система організму, яка забезпечує газообмін, формування гомеостазу в трахеобронхіальних шляхах, очищення повітря, яке вдихається, від чужорідних часток і мікроорганізмів, а також аналіз пахучих речовин в атмосферному середовищі.

Непрохідність дихальних шляхів може трапитись при западанні язика або набряку тканин ротової порожнини та горла внаслідок травми чи важкої форми алергічної реакції. У людей в непритомному стані найбільш частою причиною непрохідності є язик, який западає глибоко в горло та блокує доступ повітря в легені. Непрохідність дихальних шляхів також може бути викликана попаданням в них сторонніх тіл, наприклад, їжі, невеликої іграшки або рідких субстанцій, таких як блювотні маси, слиз, кров, слина. Цей стан називають

задухою або асфіксією. Сторонні тіла можуть застряти в будь-якому місці дихальних шляхів від горла до легень.

Найбільш поширеними причинами задухи є:

• спроба проковтнути великі шматки їжі без старанного їх жування;

• надмірне споживання спиртних напоїв до та під час прийняття їжі. Алкоголь притупляє блювотний рефлекс, що робить ризик подавитися під час їжі більш вірогідним;

• зубні протези заважають відчувати, чи гарно пережована їжа перед ковтанням;

• жвава розмова та сміх під час їжі або прийняття їжі похапки;

• ходіння, гра і біг, коли у роті знаходиться їжа або сторонній предмет.

Ураження сучасною зброєю веде до значної деформації скелету та м'яких тканин обличчя, що в першу чергу приводить до асфіксії.

В залежності від локалізації виділяють два типи обструкції дихальних шляхів:

Ларинготрахеальна обструкція (10-17 %) - стороннє тіло локалізовано вище біфуркації трахеї. Характеризується високим ризиком розвитку тотальної обструкції.

Бронхіальна обструкція - стороннє тіло знаходиться в головному або частковому бронхах, часто в правому головному бронху. Сторонні тіла трахеї, як правило, не фіксовані, а балотують. При потраплянні на ділянку біфуркації трахеї виникає напад кашлю, стороннє тіло підкидається вгору і вдаряється об нижню поверхню голосових складок, тоді можна чути характерний звук хлопка; крім того, під час балотації стороннє тіло іноді защімлюється між голосовими складками. Це призводить до задухи. Особливу небезпеку становлять сторонні тіла, що здатні розбухати (квасоля, горох) викликаючи обструкцію просвіту трахеї. Сторонні тіла бронхів в 80 % випадків потрапляють у правий бронх, який є майже прямим продовженням трахеї.

Об'єктивною фізичною ознакою, загальною для всіх пацієнтів з обструкцією ВДШ, є стридорозне дихання (стридор на вдиху). При цьому

чутний різкий скребучий деренчливий шум, що виникає при проходженні струменя повітря через частково перекриті ВДШ. Стридор, що виникає тільки на вдиху, вказує на локалізацію перешкоди на рівні гортані або вище неї. Двофазний стридор, чутний як на вдиху, так і на видиху, говорить про місцезнаходження обструкції в трахеї, тоді як експіраторний стридор зазвичай свідчить про локалізацію обструкції нижче біфуркації трахеї.

Ранньою ознакою порушеного дихання є тахіпноє. Ретракція грудної стінки і роздування ніздрів при диханні виникають дещо пізніше. Обструкція ВДШ, створює більш високиий, ніж в нормі, негативний тиск на вдиху. Це викликає втягування м'яких і безкісткових ділянок грудної клітки. Найчастіше спостерігається ретракція міжреберних проміжків, а також поддіафрагмальних і надключичних ділянок, можлива ретракція всій грудини при вдиху.

При повному закупоренні дихальних шляхів людина не може не дихати, ні кашляти, ні говорити, хапається за горло однією або двома руками, і цей жест є однією із основних ознак ядухи (відчуття нестачі повітря). У хворих спостерігається утруднений вдих і видих. Утруднене дихання чути на відстані. При такому диханні активно скорочуються допоміжні м’язи. При вдиху втягуються міжреберні проміжки, яремна виїмка та підключичні ямки, іноді вислуховується стридорний (свистячий) шум. При видиху грудна клітка максимально розширюється набирає бочкоподібної форми, з випинанням міжреберних проміжків. Шкірні покриви темніють, стають цианотичними. При подальшому наростанні дихальної недостатності виникає рухове збудження, судоми, втрата свідомості. У кінцевому результаті розвивається гіпоксична кома.

Отже, при гострій тотальній обструкції голосової щілини стороннім тілом можна розрізнити такі періоди:

1 – хворий притомний, знаходиться на ногах (2-4 хв)

2 – період втрати притомності та розвитку судом (2-3 хв).

3 – період клінічної смерті (з 5-ї до 10-ї хв).

Техніка забезпечення прохідності дихальних шляхів (закидання голови, виведення нижньої щелепи, введення носо-, ротогорлових повітроводів).

Надання невідкладної медичної допомоги при гострій асфіксії залежить, в першу чергу, від причин, що її викликали, і спрямоване на її усунення. При асфіксії, що призвела до зупинки дихання, головним лікувальним заходом є своєчасне проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ) – найбільш ефективного методу усунення гострої гіпоксії, що пов’язана з зупинкою дихання. До проведення ШВЛ спочатку необхідно пересвідчитись у прохідності дихальних шляхів і, за потреби, її забезпечити!

На сьогодні існують різні методи забезпечення прохідності дихальних шляхів при обтурації їх стороннім тілом.Проведення піддіафрагмальних абдомінальних поштовхів (прийом Геймліха).

Якщо постраждалий знаходитьсяу вертикальному положенні, станьте позаду від постраждалого і обхопіть його своїми руками на рівні верхньої частини живота. Підтримуючи за тулуб, нахиліть постраждалого вперед. Складіть одну свою кисть в кулак і помістіть його великим пальцем у напрямку до тулуба в епігастральній ділянці. Другою своєю кистю зафіксуйте кулак зверху. Інтенсивно різко стискайте живіт і нижні ребра постраждалого (до 5 серій) у напрямку знизу – вгору до діафрагми, для того щоб створити потужний зворотній рух повітря з легень (внаслідок раптового підвищення внутрішньочеревного тиску), яке і виштовхує стороннє тіло з гортані. Слід пам'ятати про те, що негайно після того, як стороннє тіло покине гортань постраждалого, рефлекторно послідує глибокий вдих, при якому стороннє тіло, якщо воно залишилося в роті, може знову потрапити в гортань, тому стороннє тіло повинно бути негайно вилучено з рота.

Якщо постраждалий знаходиться в горизонтальному положенні, то для вилучення стороннього тіла з дихальних шляхів потерпілого слід вкласти на спину, сісти на його стегна «верхи» і двома кулаками здійснювати різкі натискання (поштовхи) на верхню частину живота у напрямку до легень, що забезпечує вже описаний механізм.

Якщо людина має надмірну вагу, або це вагітна жінка, компресію слід проводити на грудну клітину, а не на живіт.

За інспіраторний метод ШВЛ Шюллера постраждалого кладуть обличчям вверх, під спину підкладають валик з одягу. Рятувальник стає на коліна обличчям до постраждалого, ніби сідаючи «верхи» на його стегна і кладе свої долоні на грудну клітку, розмістивши свої чотири пальці вздовж нижнього краю останніх ребер, а великі пальці відводить до середини грудної клітки. Опускаючись вагою тіла на свої долоні, рятувальник тисне на грудну клітку постраждалого - здійснюється видих, потім відхиляється назад, послаблюючи тиск на грудну клітку - здійснюється вдих. Такі рухи повторюють 14-16 разів на хвилину.

Маленьку дитину можна покласти на передпліччя руки та нанести кілька легких ударів між лопатками або взяти за ноги і легко потрясти. Для відновлення прохідності дихальних шляхів у вагітних потрібно помістити кулак руки безпосередньо під мечеподібним відростком груднини. При виконанні прийому Геймліха швидким поштовхом натиснути в напрямку діафрагми, а також безпосередньо на грудну клітку.

Якщо потерпілий втратив свідомість необхідно обережно покласти його на спину, не давши йому впасти після втрати свідомості. Для цього необхідно поставити свою ногу між ногами потерпілого, і коли він втратить свідомість – сповзе по ній на підлогу. Для звільнення дихальних шляхів сядьте зверху на ноги потерпілого і обома долонями різко натисніть у піддіафрагмальну ділянку у напрямку діафрагми або безпосередньо на реберні дуги. Повторити серію натискувань (до 5 раз) до видалення стороннього тіла.

При зупинці дихання у непритомної людини (основна ознака клінічної смерті) потерпілого кладуть на спину, на рівну тверду поверхню та швидко звільняють його від стискаючого одягу. В першу чергу, здійснюється ревізія ротоглотки та верхніх дихальних. За потреби необхідно очистити ротову порожнину: зняти зубні протези та видалити слиз пальцями (один або два

пальця, обгорнуті серветкою або хустинкою, виконують швидкий коловий рух, очищуючи ротову порожнину).

Не робіть спроб відновлення прохідності дихальних шляхів, якщо поранений в свідомості і самостійно добре дихає. Дозвольте пораненому перейняти для себе найзручнішу позу, яка найкраще забезпечує прохідність його дихальних шляхів – напівсидячи.

Для забезпечення прохідності дихальних шляхів виконується потрійний прийом Сафара – перерозгинання голови в атлантопотиличному суглобі, виведення вперед нижньої щелепи та розтулення рота. Для виконання цього прийому особі, що надає допомогу, необхідно стати на коліна біля голови потерпілого.

Виконання потрійного прийому Сафара (закидання голови + висування нижньої щелепи + відкривання рота) Ліву руку розташуйте на лобі постраждалого, праву руку розташуйте під задньою поверхнею шиї і закиньте голову назад. Помістіть вказівний палець правої руки на підборіддя потерпілого під нижню щелепу і злегка потягніть нижню щелепу вперед і вгору. Додатково зафіксуйте підборіддя великим пальцем правої руки під нижньою губою. Не чиніть сильного тиску на м'які тканини підборіддя, так як це може призвести до порушення прохідності дихальних шляхів .

У пацієнтів із розладами свідомості, в яких порушення прохідності ДШ зумовлені западінням кореня язика чи макроглосією, виправити ситуацію можна завдяки повітроводам, серед яких розрізняють: назофарингеальні (вставляють у носоглотку) і орофарингеальні (вставляють у ротоглотку). Серед останніх найбільш поширеними в клінічній практиці є повітроводи Гведела (Guedel) та Сафара (Safar) - S - подібна трубка, що нагадує два прикладені один до одного пласкі повітроводи Гведела. Їх застосування не вирішує проблеми захисту ДШ від аспірації, але нерідко дозволяє на короткий період контролювати прохідність ДШ (виграти час у разі відсутності можливості застосування більш надійних методів). Слід пам’ятати про високий ризик носової кровотечі при використанні назофарингеального повітроводу, що може

призвести до аспірації кров'ю та значно підсилити наявну дихальну недостатність.

Методика установки орофарингеальних повітроводів будь-якого різновиду складається з таких етапів: за допомогою методики схрещених пальців. Ввести вказівний палець в куток рота і натиснути ним на верхні зуби. Шляхом перехрещування вказівного пальця з великим пальцем цієї самої руки вперти його в нижні зуби і розкрити силоміць рот потерпілого) відкривають рота, кінець повітроводу вводиться вигином від язика, потім обертальним рухом його повертають вигином до язика і одночасно просувають вглиб. При іншому варіанті корінь язика акуратно віджимають шпателем, а повітровід вводять вигином до язика без обертання.

Після відновлення прохідності дихальних шляхів, найчастіше постраждалий зробить гучний вдих, можливо з гучним свистячим звуком. Це гарна ознака, що свідчить про те, що повітря може поступати до легень. Проте це дихання не є ефективним, воно не забезпечує доставку кисню в достатній кількості, а отже хворих вимагатиме нашої допомоги.

Необхідно проводити штучну вентиляцію легень. ШВЛ можна поводити методами рот до рота, рот до носа, рот до лицьової маски та мішком Амбу.

Штучна вентиляція легень «рот до рота». Потерпілого покласти горілиць на тверду поверхню, бажано з опущеної верхньою частиною тулуба та піднятими на 50—60 см ногами для збільшення кровонаповнення серця. Якщо він лежить на землі, для зручності стати на коліно, долоню однієї руки підкласти під шию потерпілого і підняти верхню частину тулуба, голова при цьому закидається назад. Двома пальцями іншої руки затиснути ніс і одночасно долонею цієї руки натискати на лоб, посилити розгинання голови і зафіксувати голову в цьому положенні. Звільнивши руку з-під шиї, вивести нижню щелепу вперед і дещо догори, першим пальцем розкрити рот, зробити ревізію порожнини. Швидко накрити ротову порожнину хустинкою або серветкою. Зробити глибокий вдих, широко розкрити рот потерпілого, щільно охопити

губами і вдувати повітря в легені потерпілого. Одночасно спостерігати за рухами грудної клітки після вдування повітря, як здійснюється пасивний видих.

Якщо штучну вентиляцію легень виконують за методом «рот до носа», тоді однією рукою, яка лежить на лобі, слід максимально розігнути голову, іншою рукою притиснути нижню щелепу до верхньої, посилити розгинання голови, щільно охопити ніс потерпілого губами і вдувати повітря. При проведенні штучної вентиляції легень новонародженим і дітям молодшого віку враховують параметри дихання. Дихальний об'єм новонародженого становить усього 20—ЗО мл, тому для нього адекватним буде об’єм повітря, який знаходиться в ротовій порожнині між щоками реаніматора. У цьому разі вентиляцію здійснюють одночасно і в рот, і в ніс короткими вдуваннями, які повторюють кожні з частотою 20 за 1 хв. Найкраще, якщо потерпілому встановлено повітровод, проводити ШВЛ за допомогою лицьової маски. Повітровод забезпечує в цьому випадку прохідність дихальних шляхів. Маску підбирають за розміром відповідно до віку дитини чи дорослої людини, щільно прикладають до обличчя таким чином, щоб конфігурація маски відповідала вирізам для носа і підборіддя. Необхідно створювати тиск від щелепи до маски, а не навпаки, не потрібно тиснути маскою на обличчя. Рятувальник робить видих у маску.

Ефективнішою слід вважати вентиляцію через маску за допомогою мішка Амбу. Вентиляція легень на догоспітальному етапі за допомогою мішка Амбу не завжди є адекватним заходом, що може призвести до роздування шлунка з подальшою регургітацією та легеневою аспірацією. Європейська Рада реаніматологів для штучної вентиляції легень за допомогою ручного мішка з лицьовою маскою у неінтубованих потерпілих пропонує дихальний об’єм не більше 500 мл.

Література:

1. Порядок надання домедичної допомоги постраждалим при порушенні прохідності дихальних шляхів. — Режим доступу: https://patrul.in.ua/gromadyanyn/medytsyna/poryadok-nadannya-domedychnoyi-

dopomogy-postrazhdalym-pry-porushenni-prohidnosti-dyhalnyh-shlyahiv-obturatsiyi-storonnim-tilom/

УДОСКОНАЛЕННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З УСКЛАДНЕННЯМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Ляховський В.І., Краснов О.Г., Лисенко Р.Б., Нємченко І.І., Городова-Андрєєва Т.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Одним із найбільш тяжких ускладнень цукрового діабету є синдром діабетичної стопи, який ускладнює перебіг у 30-80 % таких пацієнтів. Синдром діабетичної стопи (СДС) – це специфічне ураження стоп при цукровому діабеті, при якому страждають судини, нерви та кістки нижніх кінцівок з розвитком ран та гангрени, що стає причиною інвалідизації. У 85% випадків усім ампутаціям передують виразкові дефекти. Тому важливим є оптимізація лікування таких хворих, що дозволяє зберегти опорну функцію та поліпшити якість життя пацієнтів.

При проведенні обстеження та лікування 268 хворих на СДС, які знаходилися на лікуванні у ХВ №1 міської клінічної лікарні № 2 м. Полтави впродовж 2012–2021 років. Першу групу (136 хворих) склали хворі, що поступили до стаціонару в період 2012-2016 років. Другу групу (132 хворих) склали хворі, що надійшли в період 2017- 2021 років. У першій групі були виконані органозберігаючі операції за розробленими у клініці методиками (126 пацієнтів) з урахуванням поширеності деструктивних змін за допомогою визначення життєздатності тканин вимірюванням електричного опору тканин кінцівки. Усім хворим проводили комплексне обстеження, яке включало загально клінічне обстеження, рентгенографію стопи, УЗДА нижніх кінцівок, доплерометрію, бактеріологічне, цитологічне дослідження та вимірювання площі ран та електричного опіру тканин за показами. Пацієнтам обох груп призначали базову медикаментозну терапію, яка включала компенсацію

вуглеводного обміну, антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікрофлори, ліквідацію проявів критичної ішемії стопи. Оперативне лікування проводилось хворим з стадією 1В-5 за Meggit-Wagner. В основній групі хірургічне лікування виконувалося в кілька етапів та визначалося анатомо-клінічною формою СДС. При нейропатичній формі: І етап – хірургічна обробка осередку, а ІІ етап – пластичне закриття рани. При нейроішемічній формі (60 пацієнтів): І етап – медикаментозна корекція ішемії; ІІ етап – хірургічна обробка осередку; ІІІ етап – пластичне закриття рани. Зокрема, розкриття абсцесу та флегмони стопи проводилось у 54 (39,7%) хворих основної групи, ампутація пальців – у 78 (57,4%), ампутація стопи – у 14 (10,3%) хворих, некректомії, в тому числі багаторазові виконувались у 132 випадках. У 4 (2,9%) осіб виконані ампутації на рівні гомілки та у 6 (4,4%) – на рівні стегна. В контрольній групі розкриття абсцесу та флегмони стопи проводилось у 30 (22,7%) пацієнтів, ампутація пальців – у 124 (93,9%) ампутація стопи – у 26 (19,7%), некректомії, виконувались 148 разів. У 19 (14,4%) хворих була виконана ампутація на рівні стегна. Показаннями до первинної ампутації нижньої кінцівки був субтотальний та тотальний некроз стопи та надп’ятково–гомілкового суглоба, коли неможливе збереження опорної функції стопи, відсутність ознак репарації ран на фоні проведення органозберігаючого лікування, неможливість виконання реконструктивних судинних операцій. За термінами виконання оперативного втручання поділяли хворих на декілька груп. Екстрених оперативних втручань на протязі 2–12 годин потребували хворі з вологою гангреною; флегмоною стопи; та з переходом її на гомілку; процесом, який викликає декомпенсацію діабету. Невідкладні оперативні втручання виконували через 24-72 години при глибоких абсцесах стопи; ранах без адекватного дренування; ранах на фоні гіпертермії; розвитку септичних осередків; виявленні нових абсцесів та гнійних кишень. Планові оперативні лікування проводились хворим при наявності хронічного остеомієліту; обмежених вторинних некрозах у рані; сухій гангрені пальців,

частини стопи з демаркацією та відсутністю інтоксикації; ранового дефекту шкірних покривів та м'яких тканин стопи. При нечітких границях деструкції проводили оцінку життєздатності тканин за визначенням електричного опору тканин кінцівки. Це застосовували при нечітких кордонах деструкції у 44 (32,4%) хворих основної групи. Спостерігали збільшення електричного опору на ураженій з некрозом (421,11±15,59кΩ) та здоровій кінцівці (185,33±7,45кΩ) більше ніж у 2 рази. При морфологічному дослідження спостерігалася дезорганізація структури, дистрофія клітин, безкліткові ділянки некрозу. Було також досліджена швидкість зменшення ран різних локалізацій. Виявилося, що скоріше гоїлися рани після некректомії в ділянці II-V пальців, які мали форму клину, трапеції, в порівнянні з плоскою раною в ділянці I пальця. Це пов'язано з великим зяянням рани та з тим, що рана на місці I пальця піддається великому тиску при виконанні стопою опорної функції. Дермопластика була здійснена у 21 (15,4%) хворих основної групи. Це передбачало раннє закриття ранових дефектів клаптями шкіри через 5-7 добу після некректомії при відсутності пролонгації процесу, що дозволяє попередити приєднання вторинної мікрофлори. Швидкість зменшення рани в основній групі склала 1,2±0,2% на добу, в контрольній – 2,6±0,3 на добу. Померло 3 (2,2%) хворих основної групи та 8 (6,6%) – в контрольній групі. Наведені підходи до лікування є економічно ефективними, тому що дозволяють скоротити терміни загоєння рани, стаціонарного лікування, попередити розповсюдження процесу та знизити ризик високої ампутації кінцівки. Зниження в майже в 2 рази кількості високих ампутацій та скорочення у 2,1 рази термінів лікування, летальності у 2,7 рази, ($p<0,05$), підтверджують перспективність органозберігаючого напрямку в хірургії СДС.

Умовами для органозберігаючого лікування СДС є збереження магістрального кровотоку в артеріях гомілки і стопи з показником КПІ >0,6, відсутність деструкції в ділянці надп'ятково-гомілкового суглобу. Воно повинно проводитись відповідно до форми СДС та стану діабетичної рани.

Визначення життєздатності тканин у хворих з СДС шляхом виміру електричного опору тканин кінцівки дає можливість знизити частоту високої ампутації кінцівки та ризик поширення процесу. Серед факторів, що впливають на швидкість загоєння діабетичної рани, важливими є форма рани, її розміри та локалізація. При некректомії в ділянці I та V-го пальців стопи необхідно зберегти куксу основної фаланги для збереження опорної функції та прискорення загоєння рани.

МОЖЛИВОСТІ ТА ВИКЛИКИ ВИКОРИСТАННЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНИ В СТОМАТОЛОГІЇ

Марченко К.В., Добровольська О.В., Перепелова Т.В., Добровольський О.В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Телемедицина, також відома як телездоров'я, – це використання цифрових технологій для надання медичних послуг на відстані. Ця інноваційна технологія суттєво вплинула на галузь охорони здоров'я, і стоматологія не є винятком. Телемедицина в стоматології – це використання телекомунікаційних технологій для дистанційного надання стоматологічних консультацій, обстежень та лікування.

Телемедицина в стоматології пропонує численні переваги, включаючи розширення доступу до стоматологічної допомоги, зниження витрат на охорону здоров'я та поліпшення результатів лікування пацієнтів. Завдяки телемедицині пацієнти можуть отримати доступ до стоматологічної допомоги з будь-якого місця та в будь-який час, усуваючи необхідність подорожувати, що може бути значною перешкодою для багатьох пацієнтів, особливо тих, хто живе в сільській місцевості або у віддалених районах. Крім того, телемедицина може зменшити витрати, пов'язані з традиційними візитами до стоматолога, включаючи витрати на проїзд та час, який пацієнт втрачає на роботі.

Телемедицина в стоматології особливо корисна в екстрених ситуаціях, наприклад, коли пацієнт відчуває сильний зубний біль або травму. У таких

ситуаціях пацієнт може дистанційно зв'язатися зі стоматологом і отримати швидкий і точний діагноз, що зменшує потребу в особистому візиті. Це може бути особливо корисно в ситуаціях, коли пацієнт не може відвідати стоматологічний кабінет, наприклад, під час пандемії або в районах з обмеженим доступом до медичної допомоги.

Телемедицина також може використовуватися для надання профілактичної допомоги та подальшого лікування. Пацієнти можуть зв'язуватися зі стоматологами для планових оглядів, чисток та інших профілактичних послуг, а також для подальшого догляду після процедури. Це може допомогти пацієнтам стежити за здоров'ям порожнини рота, запобігти майбутнім стоматологічним проблемам і поліпшити загальний стан здоров'я.

Хоча телемедицина й пропонує багато переваг, існують також деякі виклики та обмеження, які слід враховувати. Одним з головних обмежень є неможливість проводити фізичні обстеження або процедури дистанційно. У деяких випадках пацієнтам все ж може знадобитися відвідати стоматологічний кабінет для особистого обстеження або лікування. Крім того, телемедицина вимагає надійного підключення до Інтернету та необхідного апаратного та програмного забезпечення для підтримки технології, що може стати перешкодою для деяких пацієнтів.

Ще одним важливим фактором є конфіденційність і безпека пацієнтів. Стоматологи повинні дотримуватися суворих рекомендацій щодо захисту інформації про пацієнтів і гарантувати, що їхні телемедичні системи є безпечними і відповідають сучасним вимогам. Пацієнти також повинні бути проінформовані про те, як захистити свою конфіденційність при використанні телемедицини.

Незважаючи на ці виклики, телемедицина в стоматології є цінним інструментом, який може покращити доступ до лікування, зменшити витрати та покращити результати лікування пацієнтів. Оскільки технології продовжують розвиватися, потенціал телемедицини в стоматології буде

тільки зростати. Стоматологи повинні розглянути можливість впровадження телемедицини в свою практику, щоб краще обслуговувати своїх пацієнтів і підвищити загальну якість обслуговування.

ОПАНУВАННЯ НАВИЧКАМИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЯМИ-СТОМАТОЛОГАМИ ПІД ЧАС НАВЧАННЯ В ТРЕНІНГОВОМУ ЦЕНТРІ

Мельник В.Л., Шевченко В.К., Костиренко О.П.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Вступ. У сучасній стоматологічній практиці залишається актуальним питання розвитку побічних реакцій внаслідок психоемоційного перенапруження пацієнтів, медикаментозних алергічних реакцій, наявності супутніх захворювань внутрішніх органів, які спричинюють розвиток невідкладних станів у повсякденній роботі лікаря-стоматолога.

Для лікарів-стоматологів на амбулаторному прийомі завжди була нагальною проблема надання невідкладної допомоги пацієнтам з ускладненим соматичним статусом. При цьому як пацієнт так і лікар знаходяться в стані стресу. У першу чергу - це синкопальні стани, які виникають у перші хвилини прийому – можливі алергічні реакції різних типів на медикаментозний засіб, непритомність, колапс, дихальна недостат ність та ін. Якщо теоретична база знань для більшості лікарів при наданні невідкладної допомоги хворим на різних рівнях медичних закладів, завжди була достатньою, то практичні навички кожен раз набувались медичними працівниками в залежності від проблемної ситуації і клінічно проявлялись у різних пацієнтів індивідуально.

Мета. Визначити характер і частоту невідкладних станів які виникають у стоматологічній поліклініці. Провести анкетування лікарів-стоматологів хірургічного, терапевтичного та ортопедичного профілю за рік, виявити рівень підготовки лікарів до надання невідкладної допомоги.

Клінічні прояви кожного з виявлених невідкладних станів мають свою специфіку, але різниця в діагностиці та наданні невідкладної допомоги залежить від досвідченості фахівця, наявності необхідних медикаментозних препаратів і обладнання для надання екстренної допомоги. Найбільш частими невідкладними станами, що виникали на щоденному клінічному стоматологічному прийомі виявився судинний синдром. Наступні більш часті невідкладні стани - важка алергічна реакція, гіпоглікемія, судоми, напади бронхіальної астми та ін.

Матеріали і методи. В усному опитуванні взяло участь 60 лікарів (5 груп лікарів різного профілю по 12 чоловік). Ключовим питанням опитування було - кількість обстежених хворих з невідкладними станами за рік. В результаті опитування виявлено:

непритомність - 1,9%;

гіпоглікемія - 0,17%;

стенокардія - 0,17%;

епілепсія - 0,13%;

бронхіальна астма - 0,06%;

гіпертонічний криз - 0,013%;

інфаркт міокарду - 0,013%.

Загальна поширеність усіх невідкладних станів на кожного опитаного лікаря-стоматолога за рік в середньому становила - 1,47%. Лише 20,8% хірургів-стоматологів вважали себе компетентними діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах. Проте більшість лікарів вважала, що вони можуть надати допомогу при найпоширеніших надзвичайних ситуаціях.

З метою покращення освіти лікарів України з надання невідкладної допомоги Європейська академія неперервної медичної освіти і безперервного професійного розвитку (european-cme-cpd academy) і група компаній «Медексперт» створили програму інтерактивних тренінгів на основі симуляційного навчання. На кафедрі післядипломної освіти лікарів-

стоматологів Полтавського державного медичного університету застосовуються методики надання невідкладної допомоги у пацієнтів стоматологічного профілю. МОЗ України разом з асоціацією кардіологів запропонували та провели розширені Всеукраїнські пілотні інтегровані тренінги. В Центральному навчально-тренінговому центрі «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського ПОР» проводяться як теоретичні та практичні заняття на електронних стимуляторах. Особлива увага приділяється термінальним станам, які виникають у пацієнтів різних клінічних груп. При зупинці серця, раптовій коронарній та серцевій смерті показаний тренінг з серцево-легеневої реанімації (СЛР), який складається з адаптованих циклів. Практична частина тренінгу (мануальні навички) включали відпрацювання отриманих теоретичних знань на фантомах під керівництвом викладачів кафедри. Лікарі-стоматологи освоїли нові мануальні навички при роботі на симуляційних фантомах. По закінченню практичного циклу занять сертифіковані викладачі кафедри підвели підсумки тренінгу з лікарями та відмітили позитивні моменти сприйняття роботи на сучасних модернізованих фантомах з електронними індикаторами показників.

Для поліпшення якості мануальних навичок лікарів-стоматологів при наданні невідкладної допомоги хворим на амбулаторному прийомі необхідно отримати відповідні теоретичні знання та систематично відпрацьовувати елементи практичного тренінгу на фантомах. Лікарі, які пройшли фантомний курс практичного тренінгу під керівництвом тренера-викладача більш впевнено себе почувають, надаючи невідкладну допомогу пацієнтам при виникненні ускладнень та екстренних станів на амбулаторному прийомі.

Результати дослідження свідчать про необхідність поліпшення підготовки практикуючих стоматологів з опанування невідкладних клінічних ситуацій в післядипломній освіті та підвищенні кваліфікації лікарів, а також необхідність організації та доукомплектування робочих місць лікарів-стоматологів для вирішення зазначених ситуацій.

Висновок. Дане дослідження дозволило оцінити природу і частоту не тільки невідкладних станів, а й компетентність, теоретичну та мануальну підготовку лікарів-стоматологів.

ВИБІР МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ГРУПИ РИЗИКУ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ.

Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Федик Т.В., Курдиш Л.Ф.

Вінницький національний медичний університет

ім. М.І. Пирогова, Вінниця

Проблема болю та місцевого знеболення на амбулаторному стоматологічному прийомі незважаючи на безліч досліджень залишається завжди актуальною. Лікування більшості стоматологічних захворювань, особливо гострих форм пульпітів та періодонтитів, супроводжується яскраво вираженими больовими відчуттями. Саме тому, лікарям – стоматологам під час проведення лікування одонтопатології необхідно особливу увагу звертати на створення відповідного комфорту пацієнту, що у свою чергу підвищує якість надання допомоги та скорочує терміни лікування.

На сьогоднішній день на ринку України представлена велика кількість засобів та методів місцевого знеболення, але покази до призначення у різних групах пацієнтів суперечливі. З найбільшою проблемою лікарі - стоматологи стикаються при виборі засобів та методів знеболення у пацієнтів з різними соматичними захворюваннями, з обтяженим алергологічним анамнезом та у людей похилого віку. Окрім того, лікарям - стоматологам необхідно враховувати, що наявність страху, тривожності перед стоматологічним лікуванням також може призвести до виникнення різних видів ускладнень.

З метою запобігання виникненню ускладнень на амбулаторному стоматологічному прийомі необхідно ретельно провести клінічне обстеження пацієнта. Перед проведенням місцевого знеболення особливу увагу необхідно звернути увагу на збір скарг, анамнезу захворювання та життя, а також на алергологічний анамнез. Під час бесіди з пацієнтом необхідно

зосередитися на психоемоційному стані пацієнта : страху, тривозі, дратівливості, плаксивості, а також під час огляду звернути увагу на колір шкірних покривів, підвищену пітливість, гіперсалівацію. Для оцінки загального стану пацієнта перед та під час проведення місцевого знеболення стоматологічних маніпуляцій потрібно проводити постійний моніторинг артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. При виборі засобу та методу місцевого знеболення необхідно врахувати наявність соматичної патології, важкість перебігу та частоту рецидивів захворювання.

В амбулаторній практиці лікаря – стоматолога на даний час великий арсенал місцевоанестезуючих засобів, але найчастіше використовуються місцеві анестетики на основі мепівакаїну та артикаїну з різною концентрацією вазоконстриктору. Артикаїн являється найефективнішим та безпечним препаратом, має низьку жиророзчинність, широкий спектр дії, велику тривалість дії, найкоротший період напіввиведення серед інших анестетиків та майже не призводить до виникнення алергічних реакцій. Завдяки тому, що pH артикаїну близький до pH інтактних тканин організму його гідроліз у тканинах відбувається швидко, завдяки чому настає негайний знеболювальний ефект.

Для збільшення тривалості та глибини знеболюючого ефекту, а також для зменшення кровоточивості під час маніпуляцій артикаїн, який має виражену судинорозширювальну дію, необхідно обов'язково поєднувати з вазоконстриктором. Однак, вазоконстриктори мають системний вплив на організм : підвищення артеріального тиску, прискорення ритму серцевих скорочень, підвищення концентрації глюкози в крові та інше, тому застосування артикаїнвмісних анестезуючих засобів з високою концентрацією вазоконстриктору протипоказані до використання у пацієнтів групи ризику.

Саме тому, лікар – стоматолог для пацієнтів групи ризику повинен використовувати місцевоанестезуючі засоби на основі мепівакаїну, який має середні вазодилятаційні властивості та може бути використаний без

вазоконстрикторів. Місцеві анестетики на основі мепівакаїну являються препаратами вибору у хворих з підвищеною чутливістю до вазоконстрикторів та консервантів : захворювання серцево-судинної, дихальної системи та ендокринні захворювання.

Враховуючи системний вплив місцевих анестетиків, особливо високих концентрацій вазоконстриктору на організм людини необхідно у пацієнтів групи ризику також уважно підходити до вибору методів місцевого знеболення. Необхідно пам'ятати, що при введенні місцевого анестетика у пацієнтів відбувається підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, особливо при використанні внутрішньокісткого місцевого знеболення. Це можна пояснити тим, що місцево анестезуючий засіб безпосередньо потрапляє в кровоносне русло, а також підвищеним рівнем тривоги під час проведення знеболення.

Окрім того, для запобігання виникнення ускладнень перед стоматологічними втручаннями пацієнтам групи ризику необхідно проводити специфічну премедикацію, яка призначається за декілька днів до втручання або безпосередньо перед амбулаторним прийомом. Також, потрібно враховувати, що частиною специфічної премедикації повинні бути лікарські препарати які пацієнти застосовують для лікування соматичної патології.

Таким чином, диференційований підхід до вибору засобів та методів місцевого знеболення, а також призначення специфічної премедикації у пацієнтів групи ризику перед стоматологічними маніпуляціями запобігає виникненню ускладнень та забезпечує відповідний комфорт пацієнту

КАДРОВІ ЗМІНИ В СИСТЕМІ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ПАРАМЕДИКИ ТА ЕКСТРЕНІ МЕДИЧНІ ТЕХНІКИ

Плужнікова Т.В., Корнета О. М., Костріков А. В., Комар А. В.

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Кабінет міністрів України вніс зміни до постанови «Про затвердження Типового положення про бригаду екстреної (швидкої) медичної допомоги». Упродовж перехідного періоду - до 2025 року - впровадяться нові стандарти в роботу екстреної медичної роботи. Передусім йдеться про базовий склад бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД), до якої входитимуть парамедик та екстрений медичний технік.

Прийнята постанова змінює склад бригад екстреної медичної допомоги та вводить поняття «бригади парамедиків». Такі бригади працюватимуть паралельно з лікарськими та фельдшерськими бригадами екстреної медичної допомоги. Ці три види бригад працюватимуть до 2025 року. У 2025 році склад всіх бригад екстреної медичної допомоги відповідатиме єдиному стандарту. Тож до цього часу всі фельдшери з медицини невідкладних станів і медичні сестри, які зараз працюють в бригадах екстреної медичної допомоги, мають пройти перенавчання і отримати кваліфікацію «парамедик».

Парамедик – це фахівець, який надає широкий спектр рятувальних медичних послуг за сучасними стандартами на догоспітальному етапі й своєчасно транспортує постраждалого до лікарні. Це початок нової системи розвитку професійних компетенцій працівників екстреної медицини, ініційованої МОЗ України.

Зміни стосуються і водіїв, які працюють у бригаді екстреної медичної допомоги. До 2025 року всі водії мають перенавчитися і отримати кваліфікацію «екстрений медичний технік». Екстрений медичний технік – це людина без медичної освіти, але зі спеціалізованою підготовкою. Вони допомагають лікарям та парамедикам у наданні професійної медичної допомоги пацієнту. Для підсилення роботи бригади залучатимуться й надалі лікарі медицини невідкладних станів. За рішенням керівника центру

екстреної медичної допомоги зможуть також долучатися додаткові медичні працівники служби, а також стажер, студент, що проходить виробничу практику, лікар-інтерн, лікар-резидент або інша особа, яка успішно пройшла підготовку з домедичної допомоги та отримала підтверджуючий документ.

Євроатлантичний центр НАТО з координації реагування на катастрофи та представники Румунії підписали угоду про співпрацю з метою навчання парамедиків для українських служб швидкого реагування. Цей тренінг допоможе підвищити спроможність української медичної системи в умовах широкомасштабної збройної агресії рф проти України та поточними викликами, пов'язаними з COVID-19. Навчання проходитимуть у Румунії за сприяння Департаменту з надзвичайних ситуацій Міністерства внутрішніх справ Румунії.

ІНГАЛЯЦІЙНА СЕДАЦІЯ ЯК СПОСІБ ЗМЕНШЕННЯ РИЗИКУ НЕВІДКЛАДНОГО СТАНУ ПРИ ЛІКУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ПАЦІЄНТА НА ТЕРАПЕВТИЧНОМУ ПРИЙОМІ

Повшенюк А. В., Гаджула Н. Г., Пилипюк О. Ю., Повшенюк А. Я.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, Вінниця

Згідно зі світовими даними для близько четверті населення планети відвідування стоматолога викликає стан психологічної напруги чи стресову ситуацію. Так звана "дентофобія", або ж страх перед стоматологами та маніпуляціями, що вони виконують, який є результатом негативних спогадів, сприяє тому, що багато людей свідомо роками не звертаються до стоматолога, терплять біль, займаються самолікуванням та використовують велику кількість анальгетиків. У підсумку це призводить до серйозних ускладнень та може загрожувати здоров'ю пацієнта. Тому, широкого розповсюдження набули технології, що дозволяють надавати безболісну стоматологічну допомогу та підвищувати толерантність тривожних пацієнтів до інвазивних процедур [Л. Ф. Каськова та ін., 2013]. Одним із способів клінічного заспокоєння є седація інгаляційним методом, яка не впливає на

серцевий ритм і дихання, дозволяє керувати болем та психоемоційним станом пацієнта.

Седація – це стан психомоторної індиферентності, при якій пацієнт перебуває у повній свідомості, реагує на подразники та здатен до швидкого пробудження. Особливого поширення у світі набула методика інгаляційної седації, яка дозволяє санувати порожнину рота різним віковим категоріям пацієнтів та групі осіб з високим ризиком виникнення невідкладного стану. Для проведення інгаляційної аналгезії застосовують закис азоту, що є сумішшю оксиду азоту (N_2O) і кисню. N_2O – анксіолітик/анальгетик, який неспецифічно взаємодіє з мембранами нейронів, пригнічує передачу аферентних імпульсів до ЦНС, викликаючи різний ступінь розслаблення м'язів та ейфорію без впливу на дихальну систему [A. Galeotti et al., 2016]. Знеболюючий ефект N_2O ініціюється вивільненням нейронами ендогенних опіоїдних пептидів з активацією опіоїдних рецепторів і гамма-аміномасляної кислоти (GABA) та низхідних норадренергічних шляхів, які модулюють ноцицептивну обробку на спінальному рівні [A. Kapur, V. Kapur, 2018]. Анксіолітичний ефект включає активацію $ГАМК_A$ рецептора через бензодіазепін-зв'язувальний центр. Анестезуючий ефект спричинений інгібуванням рецепторів глутамат N-метил-D-аспартату (NMDA), усуваючи його збудливий вплив на нервову систему [D. E. Emmanouil, R. M. Quock, 2007]. N_2O має низьку розчинність у тканинах і високу мінімальну альвеолярну концентрацію, що забезпечує швидкий початок дії в поєднанні зі швидким відновленням; таким чином відбувається контрольована седація та швидке повернення до нормальної діяльності.

Використання інгаляційної аналгезії показане пацієнтам із вираженою тривожністю, яка може призвести до паніки, запаморочення та тремтіння, що значно ускладнить лікувальний процес. Крім того, вона незамінна для людей із захворюваннями серцево-судинної системи, в яких на фоні хвилювання, можуть виникнути різкі зміни тиску, напади серцевого болю та непритомність. Показане використання інгаляційної седації у випадку

низького больового порогу, коли місцева анестезія не дає достатнього знеболювального ефекту. За допомогою седації є можливість виконати великий обсяг робіт за одне відвідування та лікувати пацієнтів з вираженим блювотним рефлексом. Абсолютним протипоказанням до інгаляційної седації є епілепсія, оскільки закис азоту сприяє підвищенню внутрішньочерепного тиску, що може спровокувати напад. Також вона протипоказана в І триместрі вагітності, при утрудненому носовому диханні, гострій чи загостреній стадії загальносоматичних хвороб.

Отже, використання газової суміші нітроген оксиду з киснем – це відносно простий і легкоконтролюємий спосіб досягнення релаксації пацієнтів задля покращення стоматологічного лікування. Даний вид седації можна вважати безпечним та ефективним як для емоційно стабільних, так і для тривожних пацієнтів із низькою толерантністю до болю. Застосування інгаляційного методу седації сприяє фізичному розслабленню, зменшенню виникнення невідкладних станів на стоматологічному прийомі, оскільки усуває дентофобію та запобігає небажаним наслідкам, що пов’язані з нею.

ПРАВОВІ ВИМОГИ ПІДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТІВ ВІДПОВІДНО ДО ЗАКОНОДАВСТВА ЄС

Пашков В.М.

лабораторія дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров’я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка Сташиса В.В.

НАПрН України

Основний принцип Європейського Союзу — це вільний рух людей, товарів, послуг і капіталу. Мова йде також і про робочу силу. При цьому для більшості категорій робочої сили, у тому числі для так званих регульованих професій, спеціальними актами ЄС встановлюються стандарти підготовки та кваліфікації. До таких регульованих професій, серед іншого, належить і професія фармацевта.

В актах ВООЗ, Директивах ЄС та Міжнародної фармацевтичної федерації (The International Pharmaceutical Federation — FIP) існують дві кваліфікації: «фармацевт» та «фармацевт-технік». Як відомо, в Україні після початку реформи зі зміни найменування фаху, крім кваліфікації «провізор» та «фармацевт», у нас з'явилася кваліфікаційна категорія «асистент фармацевта». У різних нормативно-правових актах та нормативних документах використовують різні категорії. І досить повільно кваліфікація «провізор» поступово вилучається, і впроваджується кваліфікація «фармацевт». А замість раніше існуючої кваліфікації «фармацевт» запроваджується кваліфікація «асистент фармацевта».

Необхідно додати, що для окремих країн, зокрема колишнього СРСР та інших країн східної Європи, які пізніше приєдналися до ЄС, спеціальними актами вносилися доповнення щодо визнання або невизнання кваліфікації у разі невідповідності їх кваліфікаційним принципам ЄС. Мова йшла про ті країни, в яких підготовка здійснювалася за принципами, що схожі з принципами та стандартами освіти в Україні.

Але це не означає, що ЄС поступився своїми принципами. Мова лише йшла про право на працю за фахом для тих, хто отримав освіту до приєднання цих країн до ЄС. Вимоги ж щодо кваліфікації та спеціальних знань залишилися незмінними.

Почнемо з тих визначень, що не дуже сприймаються фармацевтичною спільнотою України.

Так, за визначенням ВООЗ в 1994 р. та Європейського бюро ВООЗ в 2019 р.: «*Фармацевти позалікарняних аптек належать до медичних працівників*, які найбільш доступні для населення, і є однією з основних ланок первинної медико-санітарної допомоги». Спроба віднести фармацевтів до медичних працівників для України є новелою, але зобов'язує багато до чого.

Крім того, Радою фармацевтичної практики FIP прийнято таке визначення: «*Фармацевт — це медичний працівник*, який здобув наукову

підготовку у вищому навчальному закладі, компетентний у всіх аспектах постачання та використання лікарських засобів.

Фармацевти — це медичні працівники зі спеціальною освітою та підготовкою, на яких державними органами чи іншими відповідними (наприклад, регіональними, провінційними) органами влади покладено завдання щодо управління розподілом лікарських засобів споживачам та реалізації належних заходів щодо забезпечення їх безпечного та ефективного застосування».

Відразу необхідно підкреслити, що в українському законодавстві чітке визначення поняття «фармацевт» взагалі відсутнє.

Між тим, в окремих країнах поняття «фармацевт» має більш широке значення, ніж те, що використовується в нашій країні.

Так, відповідно до Закону ФРН «Bundes-Apothekerordnung» (Федеральні Правила фармацевта), здійснення професії фармацевта — це провадження фармацевтичної діяльності під професійним найменуванням «фармацевт». Фармацевтична діяльність включає, зокрема:

1. Виробництво лікарських засобів.

2. Дослідження лікарських засобів, розробку, виробництво, випробування лікарських засобів, діяльність зі схвалення лікарських засобів, фармаконагляд та запобігання ризикам у фармацевтичній промисловості.

3. Тестування лікарських засобів у лабораторії.

4. Зберігання, забезпечення якості та реалізацію лікарських засобів на оптовому рівні.

5. Складування, виробництво, випробування, зберігання, розподіл та відпуск безпечних та ефективних лікарських засобів необхідної якості в аптеках, відкритих для населення.

6. Виробництво, випробування, зберігання та відпуск безпечних та ефективних лікарських засобів необхідної якості у лікарнях.

7. Інформування та рекомендації щодо лікарських засобів, включаючи їх належне застосування.

8. Повідомлення про небажані реакції на ліки до компетентних органів.

9. Персоналізована підтримка пацієнтів при самолікуванні.

10. Діяльність у місцевих або національних кампаніях, пов'язаних зі здоров'ям.

11. Діяльність у галузі фармації, аптек та медичних виробів в органах управління охороною здоров'я у федеральних, державних та місцевих органах влади, а також у державних корпораціях, професійних та спеціалізованих асоціаціях.

12. Викладацька та дослідницька діяльність в університетах, а також викладання у закладах освіти та професійно-технічних училищах у галузі фармацевтики.

Зрозуміло, що коло обов'язків фармацевта дуже широке і потребує спеціальної підготовки. Наприклад, можна звернути увагу на обов'язок фармацевта здійснювати вакцинацію, проводити окремі діагностичні процедури. Тобто європейський звичайний фармацевт — це дійсно медичний працівник, а не працівник закладу торгівлі.

Можливо, саме тому Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications (Text with EEA relevance) (Директива 2005/36/ЕС Європейського Парламенту та Ради від 7 вересня 2005 р. про визнання професійних кваліфікацій (текст, що має відношення до Європейської економічної зони) встановлює, що свідоцтво про формальну кваліфікацію фармацевта має свідчити про навчання тривалістю не менше ніж 5 років, у тому числі не менше 4 років очної теоретичної та практичної підготовки в університеті (ч. 2 ст. 44). Крім того, 6-місячне стажування у загальнодоступній аптеці або у лікарні під наглядом фармацевтичного відділу цієї лікарні.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛИРОВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ ПОРЯТУНКУ(ПАРАМЕДИКІВ): ДОСВІД ФРН

Пашков В.М.[1], Соловйов О.С.[2]

[1]Лабораторія дослідження проблем національної безпеки у сфері громадського здоров'я НДІ вивчення проблем злочинності імені академіка Сташиса В.В. НАПрН України, Київ

[2]Рада національної безпеки і оборони України, Київ

Необхідно відзначити, що збірник нормативно-правових актів про діяльність служби порятунку містить огляд законів і постанов про рятувальні служби ФРН. В цьому контексті необхідно зауважити, ведучи мову про працівників цих служб, ми маємо на увазі парамедиків. Цікаво те, що термін парамедик з німецької перекладається «Sanitäter», фельдшер, також перекладається як «Sanitäter». Тобто мова йде про однорідні поняття, в залежності від найменування служби спасіння.

Перш за все, у нас мова йде про правила навчання професіям рятувальної служби, а також відповідні закони про рятувальні служби федеральних земель.

Крім того, необхідно враховувати інформацію про міжнародні, транскордонні рятувальні служби. Зазначенні нормативно-правові акти включають порятунок у повітрі та порятунок на морі, які доповненні положеннями про пожежну охорону та цивільний захист.

Навчання на фельдшера та/або парамедика швидкої допомоги регулюється федеральним законом Німеччини, як і навчання на лікаря. З іншого боку, федеральні землі несуть відповідальність за подальше навчання на лікаря швидкої допомоги та навчання на парамедика.

На додаток до ліцензії на медичну практику відповідно до Федеральних медичних правил (Bundesärzteordnung). Відповідно до цих Правил, будь-хто, хто бажає займатися медичною практикою в рамках цього Закону, повинен мати ліцензію на медичну практику.

В свою чергу, Правила медичного ліцензування (Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) встановлюють, що лікарі швидкої допомоги потребують певної кваліфікації. Правилами передбачено, обов'язкова реєстрація лікарів у спеціальному реєстрі, що є підставою допуску до професії.

Умовою включення лікарів в реєстр є: а) ліцензія на медичну практику; б) успішне завершення або загальної медичної підготовки, або підвищення кваліфікації та підтвердження кваліфікації.

Це питання також регулюється законодавством суб'єктів федерації і тому різниться у різних федеральних землях. Вимоги регламентовані як додаткова підготовка щодо екстреної медичної допомоги у положеннях про навчання.

Німецька медична асоціація пропонує чіткий загальнонаціональний огляд кваліфікацій лікарів швидкої допомоги.

Особливі вимоги існують щодо підготовки фельдшерів екстреної медичної допомоги та/або парамедиків.

Так, Закон про професію фельдшера швидкої допомоги (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) встановлює, що для отримання спеціальності фельдшер та/або парамедик необхідно отримати спеціальний дозвіл

Фельдшери та/або парамедик швидкої допомоги після навчання, і які є громадянами держави-учасниці Європейської економічної зони, використовують професійне звання відповідно до частини 1 у рамках цього Закону без дозволу, за умови, що вони здійснюють свою професійну діяльність як тимчасову та випадкову службу. Згідно зі статтею 57 Договору про функціонування Європейського Союзу здійснювати в рамках цього закону. Однак відповідно до цього закону вони підлягають звітності та перевірці. Те саме стосується і громадян третіх країн, оскільки існує рівність щодо визнання сертифікатів про навчання відповідно до законодавства Європейського Союзу.

Дозвіл на використання професійного звання "фельдшер швидкої допомоги" надається за заявою, якщо заявник: 1. пройшов навчання в термін встановлений цим Законом та склав державний іспит; 2. не був винен у будь-якій поведінці, яка могла б призвести до ненадійності для здійснення професії; 3. не є непридатним для заняття професією з погляду на стан здоров'я; 4. володіє німецькою мовою, на рівні необхідним для роботи за фахом.

Розділ 2 цього нормативно-правового акту встановлює, що навчання на фельдшера та/або парамедика швидкої медичної допомоги спрямоване на прищеплення технічних, особистих, соціальних та методичних навичок для самостійного виконання та командного співробітництва, зокрема, надання невідкладної медичної допомоги та транспортування хворих відповідно до загальновизнаного рівня. аварійно-рятувальних, медичних та інших пов'язаних із ними наукових знань. Необхідно враховувати різноманітні ситуаційні умови експлуатації. Навчання також спрямоване на те, щоб парамедики могли враховувати життєву ситуацію та відповідний етап життя хворих та постраждалих та інших учасників, а також їх самостійність та самовизначення у своїх діях.

Серед іншого парамедики повинні: 1. розпізнавати загрози життю, 2. приймати рішення про необхідність виклику лікаря швидкої допомоги, іншого персоналу, інших засобів порятунку чи іншої медичної допомоги та проведення необхідних заходів, запобігати погіршенню стану пацієнта до прибуття лікаря швидкої допомоги або початку подальшої медичної допомоги для запобігання, якщо є життя. очікується загрозливий стан або значний непрямий збиток; 3. забезпечувати придатність аварійно-рятувальних засобів, у тому числі дотримання та виконання санітарно-гігієнічних та правових норм праці та техніки безпеки; 4. працювати, орієнтовану на пацієнта, з іншими професійними групами та людьми на місці розгортання, під час транспортування та передачі, беручи до уваги загальну ситуацію, від окремих медичних випадків до великих ушкоджень та лих.

ТРАВМА НЕРВА

Попова К.О.

ФОП Попова Катерина Олегівна, Полтава,Україна

Вступ.

Травматичне ураження периферичного нерву завжди було причиною інвалідизації людини. Адже відновлення функціонування нерву є напрочуд складним та непередбачуваним [1, 2]. Це залежить від характеру, механізму та інтенсивності травмування. Агресія проти нашої країни вимагає якомога швидшого відновлення поранених військовослужбовців.

Мета дослідження.

Визначити диференційно-діагностичні відмінності вогнепальних поранень периферичних нервів

Матеріали і методи.

Робота заснована на даних спостереження, діагностики, лікування та класифікації вогнепальних поранень периферичних нервів Б.Г.Єгорова

Результати та їх обговорення.

З моменту початку повномаштабної війни проти України проведено більше 3х сотен обстежень на електронейроміографі МВП-Мікро військовослужбовцям, що отримали вогнепальні та міно-вибухові поранення. Найчастіше зустрічається мононейропатії, або ушкодження 2х нервів однієї кінцівки, рідше сплетення. Міно-вибухові поранення частіше вражають уламками, тому частіше це полінейропатії [3]. При підборі тактики лікування важливу роль грають проведені дослідження стимуляційної та голкової ЕМГ клініки та класифікації (таблиця).

Таблиця.

Класифікація вогнепальних поранень периферичних нервів Б.Г.Єгорова

Анатомічний тип (структурно-морфологічний)	**Клінічний тип**	**Фізіологічний тип (функціонально-динамічний)**

1. Грубе розходження країв перерваного нерву	Випадіння рухової, чутливої, вегетативної функції	Повна відсутність збудження нерва
2. Без грубого зміщення кінців перерваного нерву	Ті ж симптоми, але через певний час самостійне часткове відновлення функції	Компенсаторні механізми часто впливають на функціональну здатність денервування органу. В пізній період може привести до перебудові функції
3. Анатомічне співвідношення кінців перерваної частини стовбуру нерва не змінено (гострий період, резидуальний період)	Випадіння функції, частіше всіх видів	Діашиз. Часткова реакція м'язевої дегенерації. Нормальне або знижена скоротлива здатність; або підвищення порогу збудливості.
4.Внутрішньостовбурові зміни при вогнепальних пораненнях без пошкодження епіневрія	Ранній період: функціонально тяжке випадіння всіх видів інервації В пізній період інтенсивність обмеження функції нерва індивідуальна	Діашиз. Нерідко повне порушення збудливості нерва. Потім відновленуя функції провідності.

Висновки.

Особливості клінічної картини захворювання, повноцінне обстеження, клінічне мислення дозволяють поставити правильний діагноз, що потребує різних методичних підходів до лікування.

Список літератури:

1. Страфун С., Борзых Н., Хайко О., Борзых О., Гайович В. и Цымбалюк Ю. (2021). Приоритетные направления хирургического лечения больных с повреждением периферических нервов верхней конечности при полиструктурных повреждениях. *ТРАВМА* , *19* (3), 75–80. https://doi.org/10.22141/1608-1706.3.19.2018.136410
2. Тещук В. Й., Тещук Н. В., Руських О. О. До питання ускладнень післятравматичних ушкоджень периферійних нервів у військовослужбовців збройних сил України. Медичний форум. 2022. № 26 (26). С. 23-28.
3. Тещук В.Й., Тещук Н.В., Добренко М.В. Травматичні ушкодження периферійних нервів у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції. Актуальні проблеми транспортної медицини. 2016. № 1 (43). С. 45-52.

СПОСОБИ ТА ЗАСОБИ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНОГО З ПОЛЯ БОЮ ЯК НЕОБХІДНА УМОВА СПАСІННЯ ЙОГО ЖИТТЯ

Пронтенко К. В.[1], Охріменко І. М.[2]

Житомирський військовий інститут імені С. П. Корольова, Житомир, Україна

Національна академія внутрішніх справ, Київ, Україна

Критичним моментом для виживання на полі бою є фактор часу. Існує поняття «золотої години» – час, необхідний для того, щоб пораненому почав надаватися необхідний обсяг лікарської допомоги. Тобто швидка евакуація з поля бою в польовий чи спеціалізований госпіталь має вирішальне значення для порятунку поранених.

Узагальнення досвіду бойових дій в Україні та досвіду армій країн НАТО свідчить, що після отримання наказу командира на здійснення переміщення поранених із зони обстрілу в зону укриття необхідно спланувати кількість рятувальників та кількість бійців з команди вогневого прикриття. При наданні допомоги постраждалим у тактичних умовах обов'язково слід дотримуватися певних принципів, а саме: дочекатись завершення поставленої бойової задачі та отримати дозвіл у командира на евакуацію; вжити всіх заходів для зменшення ризику виникнення недоцільних ушкоджень серед особового складу; надавати допомогу постраждалому тільки відповідно до своєї фахової підготовки і у обсязі, обумовленому тактичною зоною. З огляду на такі позиції розкриємо основні способи евакуації пораненого з поля бою в червоній та жовтій зонах.

Евакуація потерпілого в положенні лежачи (червона зона). Слід пам'ятати, що самостійне переміщення постраждалого при травмах шиї та хребта заборонене, і можливе тільки за умови, якщо існує загроза його життю. Евакуацію в положенні лежачи можна застосовувати в ситуаціях, коли постраждалого потрібно евакуювати із зони вогню противника. Під час наближення важливо мінімізувати свій силует, тобто притиснутися якомога сильніше до землі, не піднімаючи голову. Під час наближення огляньте видимі ділянки тіла постраждалого і територію навколо щодо кривавих плям, це допоможе визначити наявність критичної кровотечі. Якщо потерпілий у свідомості, говоріть із ним, це посприяє зняттю паніки, потерпілий зможе допомагати вам у процесі евакуації. Важливо знати, що поведінка бійця після поранення може бути непрогнозованою. Наблизившись до потерпілого, насамперед заберіть у нього зброю. Поверніть потерпілого на бік, обличчям до себе: 1) тіло й амуніція бійця захистять вас від куль і осколків; 2) буде забезпечений зоровий і вербальний контакт із потерпілим; 3) усі кінцівки доступні для накладання кровоспинного турнікета. Не піднімаючи голови, притискаючись до землі, розверніться головою до укриття; щільно притисніться до потерпілого; рукою обхопіть його за плечі, ногою за нижні кінцівки і щільно

притисніть до себе. Ривком закиньте потерпілого на себе. Почніть рух у сторону укриття. До переваг цього способу можна віднести те, що боєць-рятувальник може вести розсіяний вогонь в бік ворога за допомогою своєї зброї або зброї пораненого; а також максимальна захищеність бійця-рятувальника тілом пораненого. Серед недоліків – техніка важка у виконанні; повільне переміщення пораненого порівняно з іншими способами.

«Хапай і біжи» або «Перетягування» (червона зона). З назви цього способу евакуації потерпілого в червоній зоні зрозумілий його принцип: під прикриттям шквального вогню необхідно швидко затягнути пораненого в укриття. Головний фактор – швидкість. Такий спосіб ефективний на невеликих відстанях. Необхідно: 1) під прикриттям шквального вогню наблизьтеся до потерпілого; чим швидше, тим краще; 2) візьміть потерпілого за лямку бронежилета або за евакуаційну петлю на задній частині бронежилета та якнайшвидше доставте його в укриття. Якщо того вимагає тактична ситуація – рухайтеся спиною вперед, ведучи вогонь по позиціях противника. До переваг цього способу належить можливість вести розсіяний вогонь в бік ворога та відносно висока швидкість переміщення пораненого. Серед недоліків – загроза отримати поранення рятувальником.

Усі інші способи евакуації використовуються поза зоною вогневого впливу противника (у жовтій зоні), є більш зручні для виконання та дозволяють переносити потерпілого довше, далі та швидше.

«Дай мені свого годинника» (жовта зона). Наблизьтесь до потерпілого, якщо можна, зі сторони голови, попередьте його про своє наближення з метою убезпечити себе від «дружнього» вогню. Під час наближення огляньте видимі ділянки тіла потерпілого і територію навколо на предмет кривавих плям. Візьміть потерпілого за плечі або лямки бронежилета, одним різким рухом підніміть корпус і підставте своє коліно до спини, створивши упор. Працювати з потерпілим у такому положенні буде легше, оскільки вага його тіла припадає на ваше коліно, обидві руки вільні. У разі виникнення загрози ведіть вогонь у відповідь, прикриваючись тілом, амуніцією потерпілого. Перевагами цього

способу є швидкість транспортування пораненого (мала площа тертя); максимальна захищеність бійця-рятувальника. Недоліками є рух спиною вперед та неможливість застосувати зброю під час евакуації пораненого.

Перенесення на спині (жовта зона). Права рука пораненого пролягає через праве плече бійця-рятувальника (або навпаки). Такий спосіб дозволяє одному бійцю-рятувальнику переносити потерпілого тривалий час у швидкому темпі, при цьому одна рука залишається вільною. Цей спосіб зручний, якщо потерпілий перебуває в свідомості і може стояти. Якщо ні: 1) попросіть інших бійців підняти потерпілого; 2) підтягніть потерпілого до стіни (дерева), підійміть його в стояче положення, притискаючи до опори. Візьміть потерпілого своєю лівою рукою за його праве зап'ястя (або навпаки). Поверніться до потерпілого спиною, присядьте, зручно зіпріться своїм плечем під пахву потерпілого. Міцно тримайте зап'ястя бійця. Почніть рух, утримуючи зброю вільною рукою. До переваг цього способу належить відносна швидкість транспортування пораненого, до недоліків – загроза отримати поранення у бійця-рятувальника; можливість посилення больових відчуттів у пораненого.

Також застосовуються способи перенесення пораненого двома рятувальниками: «*Один за одним*» або спосіб «*Підтримування*», але такі способи досить складні і наражають військовослужбовців на вогневий вплив противника.

Евакуаційна стропа (червона зона). Має широкий спектр застосування, найбільш поширений спосіб – евакуація пораненого бійця з-під вогню в укриття. Являє собою поліамідну стропу, прошиту з певним кроком, на кінці прикріплений карабін, «кішка» або будь-який інший фіксатор. Виявивши пораненого бійця в зоні вогневого впливу противника, дійте згідно з планом дій у разі виявлення потерпілого. Після отримання команди на проведення рятувальної операції складіть план дій, чітко позначте ролі і зони відповідальності всіх учасників. В умовах реальних бойових дій до витягування пораненого з зони обстрілу за допомогою евакуаційної стропи необхідно залучати 2-3 військовослужбовця.

М'які ноші (жовта, зелена зона). Тактичні або м'які ноші використовуються військовими, рятувальниками тощо. Легкі, компактні, вміщаються в невеликий утилітарний підсумок. Можуть використовуватися для транспортування потерпілого як групою осіб із 2-6 військовослужбовців, так і самостійно, тягнучи ноші з пораненим по землі (кордура зменшує тертя об поверхню). Перш ніж працювати з потерпілим, оцініть тактичну ситуацію, забезпечте вогневе прикриття зони надання допомоги, шляхів евакуації. Підійдіть до потерпілого, прийміть положення «на одному коліні». Якщо постраждалий боєць не ідентифікований вами, вимагайте проведення заходів із перевірки можливості мінування тіла. Переверніть потерпілого назад, на спину. Поправте краї м'яких нош із дальнього від вас боку. Перевірте рівномірне розміщення потерпілого на площині м'яких нош. Зафіксуйте потерпілого за допомогою спеціальних ременів. Поранений готовий до транспортування.

Отже, евакуація пораненого проводиться тільки під прикриттям, із високою швидкістю та мінімізацією часу, а також за умови сприятливої видимості бійців-рятувальників. Своєчасне надання першої домедичної допомоги зберігає життя пораненим, а своєчасна евакуація з поля бою запобігає повторному ураженню або загибелі.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ТРАВМАХ: АЛГОРИТМ ABCDE ПРОТИ MARCH

Теницька Є.Д., Одійчук В.О., Краснова О.І., Краснов О.Г

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Щодня у світі десятки тисяч людей різної вікової категорії травмуються внаслідок ДТП, кримінальних діянь, вуличних та побутових подій. Травми можуть бути як незначними, так і тими що призводитимуть до інвалідності або навіть смерті. На жаль, в Україні триває війна, що збільшує рівень травматизації як серед цивільного населення, так і військових. Оскільки кількість жертв значно більша у воєнний час, тому медичні працівники не завжди встигають кожному постраждалому надати допомогу вчасно. Так

вчені розрахували що за умови, коли 10% населення країни володіє правилами надання першої медичної (долікарської) допомоги, летальність на догоспітальному етапі зменшується в середньому на 20%. При досягненні цього показника в Україні можливо щороку рятувати 26 тис. осіб. Отже, необхідним є збільшення обізнаності громадян в існуючих протоколах надання невідкладної допомоги при травмах та ознайомити з перевагами різних методик.

При порівнянні протоколів MARCH та ABCDE слід наголосити на перевагах кожного з них. Переваги методу ABCDE, де: А-прохідність дихальних шляхів (Airway); В - дихання (Breathing); С - кровообіг (Circulation); D - порушення стану свідомості (Disability); Е - додаткова інформація (Exposure), є: по-перше, це систематичний підхід до кожного пацієнта; по-друге, швидко визначаються небезпечні для життя умови; по-третє, дає змогу чітко впевнитися, що дихальні шляхи залишаються відкритими, а також те, що дихання і кровообіг достатні для транспорту кисню по організму, а головне для функціонування мозку.

Протокол MARCH включає в себе такі позиції: алгоритм MARCH розшифровується як: M (Massive bleeding) - масивна кровотеча; A (Airway Management) - управління дихальними шляхами; R (Respiration) – дихання; C (Circulation) – циркуляція; H (Hypothermia) - гіпотермія. Перевагами даного методу є: по-перше, чітка послідовність дій; по-друге. на перше місце в даному алгоритмі виступає зупинка масової кровотечі; по-третє дає змогу упевнитися в прохідності дихальних шляхів, наявності дихання, циркуляції крові, а також дозволяє попередити гіпотермію.

Безперечно як алгоритм ABCDE, так і MARCH мають місце бути у практиці, проте порівнюючи їх, варто розглянути спільне та відмінне. У обох протоколах спостерігається чіткий план дій, що є величезним плюсом, адже у стресовій ситуації, щоб допомогти - треба чітко знати що робити. Якщо подивитися на план дії, то вони дуже схожі: прохідність дихальних шляхів, дихання та циркуляція.

Відмінним є те, що у алгоритмі MARCH перше місце займають масові кровотечі. На нашу думку, це є надзвичайно важливим. Від масової кровотечі людина помирає за 2-3 хвилини, а після, ніякі наступні кроки не допоможуть врятувати від смерті. Також у цьому алгоритмі є літера «H», що означає - гіпотермія. Гіпотермія є критичним фактором при наданні травматологічної допомоги, який не часто обговорюється в ЕМД. Вона є ключовою частиною так званої травматичної тріади смерті, що включає гіпотермію (низьку температуру тіла), H+ (ацидоз, який порушує здатність крові належним чином переносити кисень) і гіпокоагуляцію (розріджена кров або кров зі зниженою здатністю до згортання). Тріада травми може початися з будь-якого з цих елементів, і кожен з них впливає на інший.

Коли пацієнт впадає в шок, температура його тіла падає, що знижує здатність крові до згортання. У міру того, як пацієнт втрачає більше крові, він ще більше занурюється в шок, погіршуючи свій ацидоз. Коли ацидоз погіршується, метаболізм сповільнюється, а температура тіла продовжує падати. І так далі. Також, ми б хотіли зауважити, що є інші версії протоколу MARCH: S-MARCH (безпека); MARCH-E (все інше); MARCH-H (травми голови); MARCH-HE (травми голови та все інше); S-MARCH-RV (безпека, положення для відновлення, життєві показники). Якщо врахувати тривале надання допомоги в польових умовах, то алгоритм стає ще довшим: MARCH-PAWSB (знеболення, антибіотики, перев'язка ран, шинування, лікування опіків). Хоча існує кілька версій MARCH, ми вважаємо найбільш доречним S-MARCH, тому що «Безпека» нагадує, про важливість безпеки: по-перше, щоб убезпечити себе, а по-друге, щоб підвищити шанси на виживання пораненого. Отримання травм під час надання допомоги пораненим не є ефективним.

На нашу думку, знання протоколів невідкладної допомоги, чіткий план дій та ознайомлення усіх верств громадян допоможе уникнути паніки та врятувати життя. Проаналізувавши два алгоритми, ми вважаємо найбільш

доцільним для надання невідкладної допомоги при травмах, особливо в умовах війни, алгоритм MARCH, а саме його варіацію S-MARCH.

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИБОРУ МІСЦЕВОГО АНЕСТЕТИКА ЯК ПРОФІЛАКТИКА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ НА АМБУЛАТОРНОМУ СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ

Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В., Мунтян О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця

Актуальність теми. Сучасні протоколи амбулаторного лікування одонтогенної патології передбачають ефективне знеболення, яке досягається здебільшого використанням ін'єкцій місцевих анестетиків. Препарати для знеболення необхідні як для усунення больового синдрому, так і для безболісного здійснення стоматологічних маніпуляцій під час лікування. В процесі місцевої анестезії в організм пацієнта зазвичай потрапляє складна багатокомпонентна сполука, яка може викликати небажані наслідки, зокрема такі, що потребують невідкладної допомоги, особливо у пацієнтів групи ризику. Так, потрапляння в кров катехоламінів, які використовуються в якості вазоконстрикторів, може призвести до підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, гіперглікемії та інших побічних ефектів [J.E. Hall, 2010]. Стабілізатори та консерванти (парабени) часто є причиною алергічних реакцій [S.J. Speka, M.P. Cuddy, S.G. Boynes, 2010; J. Lincho, R.C. Martins, J. Gomes, 2021]. Тобто, ін'єкція препарату для знеболення може спровокувати у пацієнта стан, який потребує ургентної допомоги. Небезпечними факторами виникнення ургентних станів після введення анестетика є хворі таких груп ризику, в яких наявні: захворювання алергічного характеру, захворювання серця, патологія судин, артеріальна гіпертензія, захворювання ЦНС, захворювання печінки та нирок, глаукома, вік до 14 та після 70 років [N. Tsilosani, M. Kublashvili, 2015]. Такі ускладнення можна мінімізувати шляхом своєчасного виявлення пацієнтів групи ризику на етапі збору анамнезу та вибору місцевого анестетика з

урахуванням факторів ризику. Також має значення методика проведення ін'єкції (час введення засобу, здійснення аспіраційної проби, тощо).

Мета. Протестувати лікарів стоматологів на амбулаторному прийомі та проаналізувати їх обізнаність щодо складу місцевих анестетиків, механізму дії, особливостей застосування, показів, протипоказів та можливих ускладнень після застосування**;** виявити пацієнтів групи ризику щодо можливих ускладнень після ін'єкції місцевого анестетика з метою вибору найбільш ефективного і безпечного засобу з урахуванням супутньої патології.

Матеріали та методи. Шляхом анонімного анкетування нами було опитано 35 стоматологів, які здійснюють регулярний амбулаторний прийом. Анкета включала інформацію про: - компоненти препаратів для місцевої анестезії, які використовуються в щоденній практиці; - вплив компонентів у складі анестетиків на соматичний статус пацієнта; - вікові обмеження у використанні засобів для знеболення, що рекомендовані (заявлені) виробником; - групи ризику стосовно препаратів для місцевої анестезії; - протипоказання до анестетиків, які використовуються в повсякденній практиці; - максимально допустима доза препарату; - проведення аспіраційної проби лікарем до анестезії; - швидкість введення вмісту карпули препарату під час ін'єкції.

Для виявлення пацієнтів групи ризику ми провели анкетування 170 відвідувачів стоматологічних клінік. Їм запропонували відповісти на наступні питання: 1. Вік. 2. Наявність захворювань алергічного характеру, ймовірність патології алергічного генезу, а саме: тривалий кашель або кашель, що періодично повторюється; плями, висип на шкірі; набряк шкіри, слизових оболонок; біль в суглобах, почервоніння шкіри в ділянці суглобів; постійні або періодичні виділення з носа, не пов'язані з застудою; сльозотеча, нежить, чхання в період весни-літа; алергія на продукти або шерсть тварин. 3. Переносимість анестетика. Чи проводилось ін'єкційне знеболення раніше і як воно переносилось. 4. Захворювання серцево-судинної системи. 5. Прийом

лікарських препаратів і яких саме. 6. Вагітність / лактація. 7. Патології печінки, нирок. 8. Психоемоційний стан (страх, тривога перед стоматологічним втручанням, емоційна лабільність, плаксивість, прояви депресії).

Результати. Анкетування лікарів-стоматологів виявило недостатні знання щодо складу препаратів для місцевого знеболення, особливостей їх застосування, протипоказань. Так, лише 8 опитаних (22,9%) правильно відповіли на всі питання анкети. 12 стоматологів (34,3%) щоразу проводять аспіраційну пробу, всього 11 спеціалістів (31,4%) вводять вміст карпули більше, ніж за 20 секунд. Отримані дані в сукупності зумовлюють досить високу частоту ускладнень соматичного характеру, зокрема таких, що вимагають невідкладної допомоги, після проведення місцевої анестезії.

Зі 170 опитаних пацієнтів виявилось, що 98 (57,6%) можна віднести до групи ризику, а, отже, вони потребують підбору анестетика індивідуально з урахуванням соматичного статусу. Стоматологу, який проводить амбулаторний прийом, необхідно мати достатній вибір анестетиків, надаючи перевагу препаратам з низькою токсичністю, мінімальним вмістом допоміжних речовин (парабенів, сульфітів, едитинової кислоти), на які часто виникає алергічна реакція, за потреби зі зниженим вмістом вазоконстриктору або без нього. Препаратами вибору, які відповідають більшості вимог, є: Убістезин, Убістезин форте, Ультракаїн Д, Артиаїн, Мепівастезин. Слід дотримуватись техніки проведення ін’єкційного знеболення: виконувати аспіраційну пробу, вводити препарат фракційно і повільно, що також дозволяє зменшити ризик виникнення невідкладного стану; припинити введення препарату при найменшій підозрі ймовірного ускладнення.

Висновки. Результати дослідження переконують у необхідності ретельного збору інформації про соматичний статус пацієнта перед стоматологічним втручанням, де необхідне знеболення для вибору найбільш ефективного і безпечного анестетика. Ми рекомендуємо лікарям-стоматологам чітко дотримуватись інструкції виробника щодо максимально

допустимої дози препарату в перерахунку на мг/кг маси тіла, методики проведення анестезії, не використовувати анестетики амбулаторно у дітей до 4-х років, здійснювати психологічну підготовку та супровід пацієнта, що сприятиме підвищенню якості стоматологічної допомоги та запобігатиме виникненню ускладнень.

МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ ОСТЕОПОРОЗУ ЩЕЛЕП У ПАЦІЄНТОК З ДИСБАЛАНСОМ ЕСТРОГЕНІВ, ЯК ЕКСТРЕННА ПРОФІЛАКТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ПЕРЕЛОМІВ.

Фурман Р. Л.[1], Барило О. С.[1], Поліщук С. С.[1], Свистунов Д. М.[2]

[1]Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова, Вінниця.

[2]Вінницька міська клінічна лікарні швидкої медичної допомоги, Вінниця.

Вступ. Незважаючи на певні успіхи у профілактиці остеопорозу щелеп в Україні, реєструють його високу поширеність та інтенсивність, особливо серед жінок в період менопаузи, що залишається актуальною проблемою сучасної стоматології. Зниження резистентності твердих тканин щелеп сприяють і процеси демінералізації кісток в даний період життя жінок. Процес регуляції обміну кальцію забезпечується рядом гормонів, концентрація яких зазнає певних змін в різні періоди життя жінки. У жінок віком 40-50 років, виникає природний дефіцит рівня естрогену в крові в зв'язку з віковими змінами в статевих залозах.

Матеріали та методи. Для опосередкованого дослідження ступеню остеопорозу (співвідношення руйнування та формування кісткової тканини) ми визначали рівень кислої фосфатази та лужної фосфатази сироватки крові. Обстеження проводилось тричі: перше обстеження – на початку лікування; друге обстеження – через 3 місяці від початку лікування; третє обстеження – через 6 місяців від початку лікування. В групі спостереження додаткового лікування не проводилось, лише професійна гігієна на початку лікування та спостереження в стоматолога. В основній групі 1 використовували

комбінацію препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3. В основній групі 2 використовувалось комбінацію препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3, препаратом алендронової кислоти. Дані препарати призначались курсами по 1 місяцю з перервами між курсами 1 місяць. Всього 3 курси.

Результати дослідження. Встановлено, що на початку дослідження у всіх груп відмічалось значне підвищення рівня кислої фосфатази. Так, показники в групі порівняння, основній групі 1, та в основній групі 2 становили 6,73±0,61, 6,77±0,52 (p_1>0,05), 6,83±0,68 (p_4>0,05) відповідно (норма 0-5,5 МО/л). Такий підвищений рівень кислої фосфатази вказує на переважання процесів де мінералізації та остеолізису. Через 3 місяці лікування результати були наступні. В групі порівняння рівень кислої фосфатази становив 6,65±0,48, що не особливо відрізнявся від початкових показників, хоча став дещо менший. В основній групі 1 рівень кислої фосфатази становив 5,04±0,38, що на лише на 25,5 % (p_2>0,05) менше за початковий результат. В основній групі 2 рівень кислої фосфатази становив 4,22±0,31, тобто зменшився на 38,21% (p_5<0,05). Після 6 місяців в групі порівняння рівень кислої фосфатази майже не змінився, навіть став більшим, і становив 6,93±0,62, що вказує на відсутність динаміки в даній групі. В основній групі 1 рівень кислої фосфатази становив 4,95±0,19, тобто зменшився на 26,88% (p_3>0,05) менше за початковий результат. В основній групі 2 рівень кислої фосфатази становив 2,41±0,19, що на 64,71% (p_6<0,05) менший за початковий результат. При цьому, показники в основній групі 2 станом на 6 місяців були менші показників основної групи 1 в 2,05 рази (p_7<0,05).

Встановлено, що на початку дослідження у всіх груп відмічалось середній рівень лужної фосфатази. Так, показники в групі порівняння, основній групі 1, та в основній групі 2 становили 65,84±11,24, 67,63±8,26 (p_1>0,05), 62,95±12,18 (p_4>0,05) відповідно (норма 35-105 МО/л). Такий рівень лужної фосфатази вказує на середні темпи мінералізації, середній показник репаративної регенерації кісткової тканини за рахунок роботи

остеобластів. Через 3 місяці лікування результати були наступні. В групі порівняння рівень лужної фосфатази становив 64,95±10,02, що не особливо відрізнявся від початкових показників. В основній групі 1 рівень лужної фосфатази становив 70,76±10,22, що на лише на 4,63 % (p_2>0,05) більший за початковий результат. В основній групі 2 рівень лужної фосфатази становив 103,89±12,39, тобто збільшився на 65,03% від початкового рівня (p_5<0,05). Після 6 місяців лікування отримали наступні показники. В групі порівняння рівень лужної фосфатази майже не змінився і становив 64,84±11,61, що вказує на відсутність динаміки в даній групі. В основній групі 1 рівень лужної фосфатази становив 76,38±11,21, що лише на 12,94% (p_3>0,05) більше за початковий результат. В основній групі 2 рівень лужної фосфатази становив 134,36±11,37, що на 113,44% (p_6<0,05) більший за початковий результат. При цьому, показники в основній групі 2 станом на 6 місяців були більші показників основної групи 1 в 1,76 рази (p_7<0,05).

Висновки. Проводячи аналіз показників біохімічного аналізів крові встановлено:

1. Використанням препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3 та амінобісфосфонатів (алентронової кислоти) тривалістю 6 місяців статистично достовірно зменшує активність кислої фосфатази на 64,71% (p6<0,05);
2. Використанням препаратів кальцію фосфату з вітаміном Д3 та амінобісфосфонатів (алендронової кислоти) тривалістю 6 місяців статистично достовірно збільшують активність лужної фосфатази на 113,44% (p6<0,05).

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ЛЕГЕНЕВІЙ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

Цапенко Ю.П.

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

До невідкладних станів слід відносити такі патологічні процеси, які підвищують ризик прогресування основного захворювання, можуть призвести до тяжких ускладнень, різкого порушення функцій життєво-важливих органів і обмінних процесів, що викликають у лікаря турботу за збереження життя хворого та необхідність проведення інтенсивної терапії або реанімаційних заходів. Саме одним з таких небезпечних ускладнень у хворих на туберкульоз є легенева кровотеча і кровохаркання. Легенева кровотеча (ЛК) — це виділення через дихальні шляхи значноїкількостікрові. ЛК та кровохаркання (КХ) у хворих на туберкульоз органів дихання виникаютьу 2,5 — 25,0 % випадків. Серед них у 15–20 % випадків легеневих кровотеч безпосередньо є причиною смерті серед хворих на туберкульоз легень.

Було проаналізовано всі випадки синдрому легеневої кровотечі у хворих на туберкульоз, що склало 0,8% від загальної кількості пацієнтів (3231), які лікувалися в обласному Полтавському протитуберкульозному диспансері за 2017-2022 рр. Аналіз проводили, враховуючи вік хворих, тип туберкульозного процесу, поширеність процесу, наявність резистентності до протитуберкульозних препаратів, ефективність лікування. Серед загальної кількості хворих віком від 21 до 82 років було 23 (85 %) чоловіків з легеневими кровотечами та 4 (15 %)жінки. Вперше виявлених хворих було 7 (25 %), повторно виявлених та хронічним перебігом 20 (75%).

Легеневі кровотечі найчастіше зустрічалися у хворих з дисемінованим туберкульозом легень 10 (37%), порівняно з інфільтративним 6 (22%), фіброзно-кавернозним туберкульозом 5 (19%), також відмічалися легеневі кровотечі навіть серед хворих з міліарним туберкульозом 3 (11%) та у

пацієнтів з неактивним туберкульозом (поширені залишкові зміни в легенях)3 (11%).

Серед усіх хворих бактеріологічно-підтверджений туберкульоз виявлено у 19 (70%), бактеріологічно непідтверджений у 8 пацієнтів (30%), серед яких 2 випадки непідтверджених, 3 випадки з залишковими змінами і 3 хворих на міліарний туберкульоз.

Ефективність лікування хворих на туберкульоз, ускладнений кровотечею складала: виписані з стаціонару з покращенням 15 (55%), без змін 5 (18%), померло 7 (26%) хворих, з значним покращенням, одужанням 3 (11%) (хворі, з залишковими змінами, без активного туберкульозу). Низька ефективність і висока смертність може бути пов'язана з резистентністю до препаратів, яка складала серед бактеріовиділювачів: з монорезистентністю до протитуберкульозних препаратів 6 (32%) хворих,мультирезистентних форм 4 (21%), хворих з розширеною резистентністю 3 (16%), тоді як чутливих форм серед бактеріовиділювачів було 6 (32%).

В результаті аналізу отриманих даних слід констатувати, що легеневі кровотечі у хворих на туберкульоз легень спостерігаються у 0,8% випадків серед повторних випадків, поширених форм туберкульозу, переважно дисемінованого, з наявним бактеріовиділенням та з високою медикаментозною резистентністю до протитуберкульозних препаратів, що призвело до низької ефективності лікування та високої летальності.

ІНОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЕКСТРЕНІЙ ТА НЕВІДКЛАДНІЙ ДОПОМОЗІ. ТЕЛЕМЕДИЦИНА.

Черниш І.О.

КНП «Миргородський міський центр ПМСД» Миргородської міської ради, Миргород, Полтавська область

Останні дослідження демонструють, що використання телемедицини в екстрених ситуаціях дозволяє забезпечити швидке та ефективне лікування пацієнтів, особливо у віддалених районах та надзвичайних ситуаціях.

Телемедицина також дозволяє забезпечити ефективний зв'язок між медичними працівниками в різних ситуаціях, забезпечуючи швидке та точне передавання інформації про пацієнта та його стан. Деякі дослідження також показали, що використання телемедицини може знизити витрати на екстрену медичну допомогу, забезпечуючи більш ефективну організацію та меншу кількість повторних візитів до лікарів. Одним з ключових викликів, пов'язаних з впровадженням телемедицини в екстренній та невідкладній допомозі, є забезпечення доступності та надійності технологій у віддалених районах, а також в тих регіонах, де інфраструктура є обмеженою. Для успішного впровадження телемедицини в екстренну та невідкладну допомогу необхідно вирішити питання щодо захисту персональних даних пацієнтів та забезпечення безпеки передачі медичної інформації. Враховуючи потенційні переваги телемедицини в екстрених ситуаціях, її використання повинно бути спрямоване на поліпшення якості та ефективності медичної допомоги пацієнтам.

Телемедицина може забезпечити швидкий доступ до медичної допомоги для пацієнтів, які потребують невідкладної медичної допомоги. Ця технологія дозволяє медичним працівникам бути на зв'язку з пацієнтами та іншими медичними працівниками у режимі реального часу, що допомагає забезпечити ефективну та своєчасну медичну допомогу. Використання телемедицини також може знизити витрати на екстрену медичну допомогу, забезпечуючи більш ефективну організацію медичної допомоги та меншу кількість повторних візитів до лікарів. Втім, впровадження телемедицини в екстрену та невідкладну допомогу повинно бути обдумане та здійснюватися з урахуванням особливостей різних медичних ситуацій, які можуть виникнути. Для того, щоб ефективно впроваджувати телемедицину, медичні працівники повинні бути навчені використовувати цю технологію та мати доступ до відповідного обладнання. Крім того, необхідно забезпечити зручний доступ до медичної допомоги для тих, хто не має можливості використовувати телемедицину, зокрема, для людей із вадами слуху та зору. Важливо також

розглянути питання щодо захисту персональних даних та забезпечення безпеки передачі медичної інформації, що є особливо важливим у випадках екстрених ситуацій.

Отже, основними висновками цього дослідження є те, що впровадження іноваційних технологій телемедицини в екстрену та невідкладну медичну допомогу є актуальною та перспективною тенденцією в медичній галузі України. Проте для успішного впровадження телемедицини необхідно ретельно вирішити проблеми, пов'язані з технічними та правовими аспектами, забезпечити безпеку передачі медичної інформації, врахувати культурні та етичні аспекти, а також забезпечити високу якість та надійність медичної допомоги. Використання телемедицини в екстреній та невідкладній допомозі має великий потенціал для поліпшення якості та ефективності медичної допомоги пацієнтам.

ДОСВІД НАДАННЯ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ТРАВМАМИ ФРОНТАЛЬНИХ ЗУБІВ

Ольга В. Шешукова, Валентина П.Труфанова, Софія С. Бауман, Тетяна В. Поліщук, Катерина С. Казакова, Анна С. Мосієнко, Аліна І. Максименко

Полтавський державний медичний університет, Полтава

Серед зростаючої кількості одонтопатології гостра травма зубів є досить поширеною в різних вікових групах населення, але найчастіше зустрічається у дітей. У дитячому віці травма зубів має різну ступінь тяжкості і є причиною екстрених звернень дітей до лікувальних установі. За даними літератури (В.П.Єфіменко, 2011) травматичні ушкодження зубів виявляються у 41-50% дітей дошкільного віку та 26-33% шкільного.

Травми тимчасових зубів частіше спостерігаються у 2-3-річних дітей, що пов'язане з їх допитливістю, прагненням до самостійності і недосвідченістю в поєднанні з відсутністю охоронних і нестійкістю нервово-м'язових рефлексів. Найчастіше пошкоджуються верхні центральні різці (70-

80%), верхні бокові різці (10-20%), нижні молочні різці (1-6%). Молочні ікла і моляри пошкоджуються рідко. Найпоширеніший вид травми - вивихи зубів, що обумовлено високою еластичністю альвеолярної кістки дитини (Костенко Є.Я., Мельник В.С., 2016).

Травми постійних зубів частіше зустрічаються у віці 8-12 років, що обумовлено становленням дитини в колективі, початком активних занять спортом. Основна причина гострої травми зубів - падіння надмірно активних дітей при) неорганізованих іграх, удар різними предметами під час занять ігровими та силовими видами спорту, дорожні травми, конфліктні ситуації серед підлітків. Відмічено зростання числа випадків травм постійних зубів в останні роки, що пов'язано з безконтрольністю дітей під час занять он-лайн в школі, а також активізацією інтересу дітей до спортивних ігор. За даними Костенко Є.Я., Мельник В.С., 2016) частота спортивних травм досягає 39,7%, побутових - 36,5% випадків. Дівчата отримують травми зубів в 1,5 рази рідше, ніж хлопці. Найчастіше травми травмуються верхні медіальні різці (60,7%), переважно у дітей, що мають аномалії прикусу (прогнатичний, відкритий). Важкість травми залежить від сили удару та його напряму - при ударах в ділянці підборіддя можливий відлам вершин горбків жувальної групи зубів та повздовжні переломи коронок.

Діагностика гострої травми зубів у дітей зазвичай не викликає особливих труднощів в силу своєї очевидності і ґрунтується на скаргах, анамнестичних даних причин та обставин травми і на результатах об'єктивного обстеження. У всіх випадках травми твердих тканин зубів необхідні ретельний клінічний огляд порожнини рота дитини за топографічними зонами і додаткові методи дослідження. Рентгенологічне обстеження дитини при травмі зуба є обов'язковим, на підставі отриманих даних проводиться діагностика, складається план лікування, визначається ефективність та прогнозуються наслідки проведеного лікування.

Метою нашої роботи було визначити структуру гострих травм тимчасових і постійних фронтальних зубів у дітей, проаналізувати застосовані діагностичні та лікувальні заходи та їх ефективність.

Об'єктом дослідження стала 31 дитина віком 2-12 років із гострою травмою тимчасових і постійних зубів. У роботі застосовували клінічні методи дослідження (рентгенологічний, термодіагностика) та медико-статистичний.

Кількість травмованих постійних зубів була більшою, ніж кількість травм тимчасових зубів. Структура травм тимчасових і постійних зубів розрізнялася, так, в тимчасових зубах частіше спостерігалися вивихи, а в постійних зубах переломи переважали над вивихами. На нашу думку, це пов'язано з особливостями анатомії тимчасових зубів.

Зазвичай лікувальна тактика гострих травм тимчасових зубів полягає у їх видаленні, незважаючи на їх важливу роль у рості та розвитку щелеп, фізіологічному формуванні та прорізуванні постійних зубів (Яковенко Л.М. та співав., 2016). В клініці кафедри дитячої стоматології нами обиралася лікувальна тактика динамічного спостереження у випадку інтрузивного вивиху тимчасового зубу. В поодиноких випадках при незначній зміні положення тимчасового зубу спостерігалася саморегуляція його положення, у решті випадків зуб залишався дистопованим, проте його життєздатність зберігалася у 50% випадків.

Лікувальна тактика гострих травм постійних зубів обиралася відповідно до виду травми. У випадку вивиху постійного зубу, при незначній зміні його положення, імобілізацію зубу здійснювали шляхом шинування скловолоконною стрічкою та за допомогою фотополімерного композитного матеріалу.

Наші спостереження показали, що комплекс сучасної спеціалізованої допомоги постраждалим дітям при гострих травматичних пошкодженнях зубів повинен передбачати їх збереження, що забезпечує в подальшому нормальне формування зубощелепного апарату. Для забезпечення цього

процесу необхідна тривала, надійна іммобілізація пошкодженого зуба в можливо ранні терміни після отримання травми

TRENDS IN PREVENTION OF EMERGENCY CONDITIONS IN PAEDIATRIC DENTISTRY

Maksymenko A.I., Sheshukova O.V., Kuz I.O., Kazakova K.S., Pysarenko O.A.

Poltava State Medical University, Poltava

Emergency conditions are pathophysiological changes in the human body, leading to an acute deterioration in health. In modern paediatric dental practice, the problem of prevention of emergency conditions remains relevant. The main reasons for the development of emergency conditions in paediatric dentistry include:

• child's fear of dental procedures;

• physical and emotional discomfort of small patients during treatment;

• chronic concomitant diseases;

• insufficient sleep;

• chronic stress;

• work of the dentist in the reflexogenic zones in the oral cavity;

• reaction to pain;

• reaction to local anaesthetic components;

• reaction to contact of the oral mucosa with medical materials;

• taking medications.

The following emergency conditions may develop with outpatient dental intervention, for example:

• respiratory disorders due to impaired external respiration and asphyxia;

• cardiovascular disorders (fainting, collapse, arrhythmia, angina pectoris, hypertensive crisis, myocardial infarction, hypotension, vascular dystonia);

• diabetic coma, increased intracranial pressure (epilepsy), kidney damage;

• shock manifestations because of an acute pain reaction, trauma, allergic reaction to medications (anaphylactic shock).

When examining a small patient, a dentist must carefully collect an anamnesis of life and disease. During anaesthesia with subsequent treatment, the behaviour and general condition of the child should be monitored. The first possible changes in consciousness and psyche are the initial, slight changes in consciousness, manifested by the patient's reaction. The child gives answers to questions correctly, but sluggishly. Often, the initial changes in the psyche turn out to be speech and motor excitement, anger. The position of the patient can be active or passive. The passive position indicates the severity of his condition. The forced position of the body characterizes respiratory complications, the presence of cough, asphyxia, etc. Facial expression mainly determines the general condition of the child: a pale face characterizes intoxication, blood loss. Increased sweating is characteristic of lowering blood pressure, lowering temperature; profuse cold sweat is an unfavourable symptom and is observed in fainting, collapse, asphyxia, terminal states. Respiratory disorders in a dental appointment occur with asphyxia. Aspiration asphyxia is most often diagnosed in dentistry. It occurs when saliva, filling material, or even endodontic instruments enter the trachea.

According to the condition of a small patient on the day of admission, according to the three main groups of clinical and physiological indicators, an assessment of the functional state (express assessment) is carried out. The first group includes indicators of the child's appearance: constitutional features (body weight, height), skin colour, especially the colour of the lips and fingertips, skin moisture and the presence of edema to assess the patient's metabolic characteristics, neurovegetative regulation and peripheral geodynamic disease. The second group includes indicators of the central circulation: systolic and diastolic blood pressure, frequency, pulse filling, etc. The third group contains indicators of external respiration: the frequency and rhythm of breathing, the presence of shortness of breath and cough.

According to the results of the assessment of the general condition, the child may belong to one of the following groups:

• healthy children who can be treated on an outpatient basis using local anaesthesia according to indications;

• children with concomitant diseases in the stage of compensation, or healthy children with a negative psycho-emotional state (cries, resists, does not open his mouth, etc.). Treatment of such children can be carried out on an outpatient basis, but with the use of combined anaesthesia or medicament preparation as prescribed by a doctor;

• children with concomitant diseases in the stage of decompensation and included in the risk group; treatment can be carried out only in a multidisciplinary hospital.

Prevention of emergency conditions in paediatric dentistry includes:

• reduction of fear, manifestations of dental phobia;

• reduction of physical and emotional discomfort of the child in the course of treatment;

• reducing the risk of exacerbation of chronic comorbidities;

• improving the sleep of a small patient before dental procedures;

• reduction of factors that increase chronic stress;

• possible decrease in pathological activation of the autonomic nervous system, decrease in afferent impulses from reflexogenic zones;

• decrease in response to pain;

• reduction of the pathological reaction to the components of local anaesthesia and contact of the patient's oral mucosa with medicines and medical materials;

• reduction of pathological reactions associated with the child taking medications.

Зміст	
Вітальне слово доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України, Ректора полтавського державного медичного університету Вячеслава Ждана	3
Вітальне слово завідувача кафедри громадського здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, доктор медичних наук, професора Ірини Голованової	4
Вітальне слово директора видавництва ALUNA (Польща), видавничого директору наукового журналу «Emergency Medical Service», док. н. гум. Анни Лучиньскої	5
Статті учасників конференції	6
Zhdan V. M., Kharchenko N. V., Holovanova I. A., Vovk O. Ya. Emergency primary medical care of a family doctor.	6
Бельмас Е .В. Інноваційні технології в екстреній та невідкладній допомозі. Телемедицина.	13
Драбовський В.С., Челішвілі А.Л., Подлєсний В.І. Лікування комбінованих опіків внаслідок обстрілу хімічними боєприпасами (клінічний випадок).	17
Жáра Г. І. Перспективи розвитку парамедицини в Україні: Освітні аспекти підготовки фахівців	21
Заіка В.М. Використання технік саморегуляції при наданні першої психологічної допомоги у змінених станах свідомості	26
Катеренчук В.І Екстрена йодна профілактика при загрозі ядерної катастрофи: як уникнути помилок та усунути наслідки некоректного проведення	29
Катеренчук В.І. Шляхи профілактики невідкладних станів у хворих на цукровий діабет під час війни в україні	35
Кравців І.С., Носенко Т.В., Біленко В.О. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану та робота системи екстреної медичної допомоги в україні під час війни	43
Лебедєв В.А., Чернов А.А. Терапевтичний альянс з пацієнтом військовим для надання психологічної допомоги. Досвід центру реабілітаційної медицини.	50
Левков А.А., Баштан В. П., Почерняєва В. Ф., Васько Л. М., Москаленко П. О., Москаленко І. В. Медична допомога при радіаційному ураженні	53
Могильник А.І., Тарасенко К.В., Адамчук Н.М. Організація надання медичної допомоги військовим під час бойових дій	61
Пархоменко Л.С. Нормативно-правові документи, що регламентують надання екстреної медичної допомоги	68
Підлужна С.А., Корчан Н.О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з бойовими психогенними травмами	74
Терзі О. О. Правові основи екстреної та невідкладної допомоги в умовах воєнного стану в україні	78

Черній В.І. Концепція "damage control" під час війни та надзвичайних ситуацій	81
<u>Тези учасників конференції</u>	87
Андрійчук О.Я. Міжнародний досвід надання екстреної та невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі при травмах хребта	87
Барило О. С., Фурман Р. Л., Поліщук С. С., Гаджула Н. Г. Комплексне лікування невропатичних болей при травмі язикового нерву.	89
Безверха Н.А. Невідкладні стани в практиці лікаря первинної медичної допомоги. Гіпертензивний криз.	91
Біда О.О. Особливості надання медичної допомоги в умовах воєнного стану	94
Горова А.В. Етапи надання допомоги пораненим у воєнно-польових умовах. Телемедицина.	96
Гнедик Є.С. Правове регулювання обігу медичної продукції	98
Грейда Н.Б. Екстренна та невідкладна допомога при травмах шийного відділу хребта	100
Єпіщенко В.Є., Плужнікова Т.В. Динаміка звернень населення м. Полтава за медичною допомогою до міського травматологічного пункту протягом 2018-2022 рр.	102
Катеренчук В.І., Попруга А.О. Використання правила 15:15 для запобігання гіпоглікеміям та рикошетним гіперглікеміям у хворих на діабет під час війни	104
Коршенко В.О., Розмовенко Г.Г., Гавловський О.Л. Аналіз реформи системи екстреної медичної допомоги: головні результати сьогодення	106
Криштопа Н.І., Запорожченко О.В. Термінова хірургічна допомога хворим, які вибули зі стаціонару на рівні району	108
Левік І. П., Краснова О.І. Невідкладна допомога при мінно-вибуховій травмі	111
Левков А. А., Рибалко Л. М., Клеценко Л. В., Горошко В.І., Годієнко О.В., Вишар Є. В. Домедична допомога при непрохідності дихальних шляхів	113
Ляховський В.І., Краснов О.Г., Лисенко Р.Б., Нємченко І.І., Городова-Андрєєва Т.В. Удосконалення невідкладної хірургічної допомоги хворим з ускладненнями синдрому діабетичної стопи в сучасних умовах	121
Марченко К.В., Добровольська О.В., Перепелова Т.В., Добровольський О.В. Можливості та виклики використання. Телемедицини в стоматології	125
Мельник В.Л., Шевченко В.К., Костиренко О.П. Опанування навичками надання невідкладної допомоги лікарями-стоматологами під час навчання в тренінговому центрі	126

Мунтян О.В., Мунтян В.Л., Федик Т.В., Курдиш Л.Ф. Вибір методів знеболювання у пацієнтів групи ризику на амбулаторному стоматологічному прийомі.	129
Плужнікова Т.В., Корнета О. М., Костріков А. В., Комар А. В. Кадрові зміни в системі екстреної медичної допомоги: парамедики та екстрені медичні техніки	132
Повшенюк А. В., Гаджула Н. Г., Пилипюк О. Ю., Повшенюк А.Я. Інгаляційна седація як спосіб зменшення ризику невідкладного стану при лікуванні стоматологічного пацієнта на терапевтичному прийомі	133
Пашков В.М. Правові вимоги підготовки фармацевтів відповідно до законодавства ЄС	135
Пашков В.М., Соловйов О.С. Нормативно-правове регулирования діяльності служби порятунку(парамедиків): досвід ФРН	139
Попова К.О. Травма нерва	142
Пронтенко К. В., Охріменко І. М. Способи та засоби евакуації пораненого з поля бою як необхідна умова спасіння його життя	144
Теницька Є.Д., Одійчук В.О., Краснова О.І., Краснов О.Г. Невідкладна допомога при травмах: алгоритм abcde проти march	148
Федик Т.В., Гаджула Н.Г., Федик А.В., Мунтян О.В.Клінічні аспекти вибору місцевого анестетика як профілактика невідкладних станів на амбулаторному стоматологічному прийомі	151
Фурман Р. Л., Барило О. С., Поліщук С. С., Свистунов Д. М. Медикаментозна терапія остеопорозу щелеп у пацієнток з дисбалансом естрогенів, як екстренна профілактика патологічних переломів.	154
Цапенко Ю.П. Невідкладна допомога при легеневій кровотечі у хворих на туберкульоз	157
Черниш І.О. Іноваційні технології в екстреній та невідкладній допомозі. Телемедицина.	158
Ольга В. Шешукова, Валентина П. Труфанова, Софія С. Бауман, Тетяна В. Поліщук, Катерина С. Казакова, Анна С. Мосієнко, Аліна І. Максименко. Досвід надання допомоги дітям із травмами фронтальних зубів	160
Maksymenko A.I., Sheshukova O.V., Kuz I.O., Kazakova K.S., Pysarenko O.A. Trends in prevention of emergency conditions in paediatric dentistry	163
Зміст	166