

**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 організаційних, 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

3. Мурашко В. О., Костенецький М. І., Рушак Л. В. Промислові та 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., Рушак Л. В., Рушак 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 реанімаційної 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 протишовкових та реанімаційних заходів очевидна. У перелік протишовкових 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 важкого 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., Carvalho 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.

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 Лучиньської	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., Подлесний В.І. Лікування комбінованих опіків внаслідок обстрілу хімічними боєприпасами (клінічний випадок).	17
Жара Г. І. Перспективи розвитку парамедицини в Україні: Освітні аспекти підготовки фахівців	21
Заїка 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