

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

**IV Всеукраїнської науково-практичної
конференції з міжнародною участю
«Екстрена та невідкладна допомога
в Україні: організаційні, правові,
клінічні аспекти»
23 лютого 2024 року**



**ПОЛТАВА
2024**

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. (2024; Полтава).

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», 23 лютого 2024 року. [Текст] / ПДМУ; [ред.кол.: В. М. Ждан, В. П., Лисак, І. А., Голованова та ін.]. – Полтава, 2024. – 180 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, 2024

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ – ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Могильник А.І.¹, Тарасенко К.В.¹, Давиденко А.В.¹, Могильник А.М.²,
Шандиба О.В.³, Архіповець О.О.¹

¹Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна

²Кардіологічна медико-соціальна експертна комісія, м. Полтава, Україна

³КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР»,
м. Полтава, Україна

Вступ. Перевантаженість служб невідкладної допомоги – це актуальна проблема громадської охорони здоров'я, яка торкається всіх країн світу і попри численні зусилля, що прикладаються в цій галузі, значних успіхів досягти поки що не вдається. На тлі військового вторгнення росіян на територію України з постійними повітряними атаками по містах з високою щільністю населення в рази зросло навантаження на службу екстреної медичної допомоги, що потребує якнайшвидшого покращення її структури та організації роботи [3].

Перевантаженість служби – це ситуація, коли підвищена потреба у медичній допомозі, перевищує можливість забезпечити її у належний час. Спостерігається збільшення кількості відвідувань відділень медичної допомоги з щорічними темпами зростання по всьому світу, наприклад, до 10% у Новій Зеландії, 8.5% у Великій Британії та 5% у Бельгії [5].

Одним із важливих факторів збільшення зростання відвідувань є найчастіше нетермінові виклики чи візити, тобто візити пацієнтів зі станами, які не вимагають термінової уваги або складних втручань і можуть безпечно лікуватися в організаціях первинної медико-соціальної допомоги [4]. За даними К. Van den Heede (2016) частка нетермінових відвідувань відділень невідкладної допомоги варіює від 20% у Сполучених Штатах та до 56% у Бельгії [5].

Відмінності між країнами в кількості відвідувань відділень невідкладної медичної допомоги на 1000 осіб населення, коливається від 124

в Нідерландах, до 311 в Австралії. Частка госпіталізованих пацієнтів від загальної кількості звернень становить: в Австралії 33%, 27–32% в Англії, Данії та Нідерландах. У Німеччині ця частка значно вища, близько 49% [9].

Наслідки перевантаження служби екстреної медичної допомоги негативно позначаються як на пацієнтах, а й на самому медичному персоналі. Знижується якість медичної допомоги, підвищується смертність серед пацієнтів, кількість медичних помилок та фінансових витрат, відбувається «вигорання» медичного персоналу [8].

Сортування пацієнтів – це динамічний процес, що не має обмежень за часом і простором, він вимагає постійної переоцінки ситуації протягом усього ланцюга надання медичної допомоги, категоризація пацієнтів залежить від зміни їх стану протягом перебігу травми чи захворювання, або внаслідок наданої їм медичної допомоги. Час очікування пацієнтами медичної допомоги є одним із найважливіших показників ефективності роботи служби екстреної медичної допомоги. Неточність сортування негативно впливає час очікування пацієнтами медичної допомоги [11].

Медичне сортування – це процес, який має важливе значення, коли є невідповідність між потребами (кількість хворих, що одночасно звернулися по допомогу) та доступними засобами служби екстреної медичної допомоги (матеріальні та людські ресурси). Метою медичного сортування є найбільш ефективно використання наявних ресурсів для надання кваліфікованої медичної допомоги відповідно до тяжкості стану пацієнта та ступеня терміновості надання медичної допомоги. Головною умовою її здійснення є підготовлений та кваліфікований медичний персонал [12].

Вперше медичне сортування було застосовано на початку XIX століття хірургом бароном Домініком-Жаном Ларреєм, начальником імператорської гвардії Наполеона. Практика сортування тісно пов'язана з військовою медициною, де було визнано важливість швидкого огляду та розподілу поранених солдатів за ступенем їх тяжкості та надання допомоги важким хворим безпосередньо під час битви, не чекаючи на її закінчення.

У процесі розширеного медичного сортування поранені люди поділяються на категорії. Загальноприйнятими є п'ять категорій з відповідними кольорами та номерами, хоча це може залежати від регіону світу.

1. Безнадійний (англ. Expectant), або морг (англ. Morgue) (пріоритет 0, чорний колір) – постраждалі, у яких відсутнє дихання і пульс, чи в стані агонії. Травми та стани у цій категорії кваліфікуються, як не сумісні з життям. Вони повинні оперативно виявлятися, щоб уникнути непотрібного реанімаційного лікування. Всі пацієнти без свідомості, пульсу, спонтанного дихання повинні вважатися померлими, тим більше якщо вони мають серйозні травматичні ушкодження (черепно-мозкові та/або грудні рани, ампутації кінцівок, великі опіки, опромінення); допомога їм зазвичай є паліативною, анальгезія та седація для зменшення страждань.
2. Негайний (англ. Immediate) (пріоритет 1, червоний колір) – до них відносяться хворі з життєзагрозливими станами, такими як: респіраторний дистрес синдром, травматичний, геморагічний шок із зовнішньою, або внутрішньою кровотечею, великі опіки та ін., життя яких може бути збережено, якщо допомога буде надана найближчим часом (інтубація трахеї, зупинка кровотечі, у тому числі проведення лапаротомії та ін.). Після надання їм невідкладної допомоги ці хворі можуть бути переведені в менш термінову категорію.
3. Спостереження (англ. Observation), або відстрочений (англ. Delayed) (пріоритет 2, жовтий колір) – це пацієнти, які не мають гемодинамічних, дихальних, неврологічних порушень, яким потрібне термінове лікування, але може бути відкладено на кілька годин, без зміни прогнозу. До такої категорії належать хворі із закритими або відкритими переломами кінцівок, хребта, тазу та ін.
4. Очікувач (англ. Wait), або незначний (англ. Minor) (пріоритет 3, зелений колір) – категорія хворих, що не вимагає надання негайної допомоги або

госпіталізації, їм необхідне спостереження або невеликий обсяг медичної допомоги, яку вони можуть отримати амбулаторно.

5. Відпущений (англ. Dismiss), або ходячий поранений (пріоритет 4, білий колір) – категорія хворих, що мають незначні травми; перша допомога та домашній догляд є достатніми. Травми на кшталт порізів, подряпин чи незначних опіків [1].

Класифікація UA/UR традиційно використовується у Франції. Долікарняне медичне сортування у разі катастроф використовує чотирирівневу шкалу:

- DCD: фр. *décédé* (померлі), або фр. *urgence dépassée* (поза невідкладністю)
- UA: фр. *urgence absolue* (абсолютна невідкладність)
- UR: фр. *urgence relative* (відносна невідкладність)
- UMP: фр. *urgence médico-psychologique* (медико-психологічна невідкладність), до якої відносяться легкопоранені або просто психологічно шоковані потерпілі [6].

Австралазійська шкала медичного сортування (англ. Australasian Triage Scale, ATS), формально відома як Національна шкала медичного сортування (англ. National Triage Scale) – це система медичного сортування, впроваджена як в Австралії, так і в Новій Зеландії. Ця шкала використовується з 1994 року. Вона складається з 5 рівнів, з яких «1» є найкритичнішим (реанімація), а «5» є найменш критичним (не термінові), та визначає час, на який можна відтермінувати надання допомоги:

1. Реанімація (англ. Resuscitation), 0 хвилин
2. Критичні (англ. Emergency), 10 хвилин
3. Термінові (англ. Urgent), 30 хвилин
4. Напівтермінові (англ. Semi-Urgent), 60 хвилин
5. Не термінові (англ. Nonurgent), 120 хвилин

Сортування включає швидку (2-5 хвилин) оцінку стану пацієнта та анамнезу захворювання, інтерпретацію фізичних даних та визначення

категорії терміновості надання медичної допомоги. Документація має бути заповнена швидко та коротко, але відображати повну клінічну картину захворювання [7].

У процесі сортування можливі три варіанти оцінки прийнятого рішення про категорію ургентності: очікуваний, надмірний чи недостатній. Очікуване сортування – це правильне рішення, коли історія захворювання та фізіологічна оцінка узгоджуються з виділеним кодом сортування.

Недостатнє сортування, або медичне недосортування – це недооцінка тяжкості хвороби або травми при виділенні категорії з меншою терміновістю, ніж це необхідно, що призводить до затримки надання невідкладної допомоги пацієнтам із погіршенням прогнозу захворювання. Історично склалося так, що прийнятним рівнем медичного недосортування вважається 5% або менше.

Перевитрата ресурсів відбувається тоді, коли виділена категорія сортування має вищий рівень терміновості, ніж необхідно. Це, так зване, медичне пересортування – це переоцінка тяжкості хвороби або травми. Прийнятним рівень медичного пересортування, як правило, вважалось до 50%, у спробі уникнути недосортування. Деякі дослідження показують, що ймовірність виникнення пересортування нижча, якщо медичне сортування виконується лікарськими бригадами, а не парамедиками чи працівниками екстрених служб [3, 10].

Для полегшення оцінки ефективності, моніторингу точності, послідовності прийняття рішень медичного сортування за Австралазійською шкалою, для можливості підвищення безпеки пацієнтів та професійного розвитку швидкої медичної допомоги, була розроблена онлайн-система. Електронна система реєстрації історій хвороби, яка надалі дає можливість для оцінки сортувальної інформації. Реєструються такі дані: ім'я пацієнта, вік, час надходження, анамнез життя та захворювання, алергічні реакції, рівень болю та життєві показники, сортувальна категорія [11].

Медичне сортування в Україні проводиться на підставі наказів Міністерства охорони здоров'я № 34 від 15 січня 2014 року «Медичне сортування», адаптована клінічна настанова, заснована на доказах та № 368 від 24 лютого 2022 року стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі». Під час сортування використовуються алгоритми START (при проведенні сортування дорослих) та Jump START (при сортуванні дітей) з розділенням постраждалих на стандартні чотири категорії з відповідними кольорами та номерами (крім «Білої», відпущені після надання первинної допомоги). Сортування передбачає оцінку стану свідомості, стану дихання та перфузії з обов'язковим заповненням облікової форми № 109-2/о «Карта медичного сортування».

Висновок. Не зважаючи на навантаження, що прогресивно зростає на служби екстреної медичної допомоги в Україні на фоні московського вторгнення та збільшення її фінансування останніми роками, суттєво зросли лише кількісні показники її роботи без особливого покращення якості надання допомоги через відсутність будь-яких змін в організації роботи служби екстреної медичної допомоги, яка ґрунтується на застарілих радянських принципах управління.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Могильник А.І., Бодулев О.Ю., Адамчук Н.М. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посіб. Полтава: ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», 2019. 125 с.
2. Могильник А.І., Тарасенко К. В., Адамчук Н. М., Сонник Є. Г., Архіповець О. О. Організація медичного супроводу військових підрозділів під час бойових дій на основі принципу «золотої години» // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. Полтава, 2023. Т. 23, вип. 1 (81). С. 184-189. doi: 10.31718/2077-1096.23.1.184.

3. Могильник А.І., Тарасенко К.В., Сонник Є.Г., Адамчук Н.М., Архіповець О.О. Особливості епідеміологічної ситуації в зонах військових конфліктів та антропогенних катастроф. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. Полтава, 2023. Т.23, 2 (82). С.184-189. doi: 10.31718\2077-1096.23.2.2.144.
4. Baier N., Geissler A., Bech M., Bernstein D., Cowling T. E., Jackson T., van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin, W. Emergency and Urgent Care Systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands // Analyzing Organization, Payment and Reforms. Health Policy. 2019. Vol. 123(1). P. 1-10. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.001. Epub 2018 Nov 10. PMID: 30503764.
5. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand. Paris, 2015. 488 p.
6. Hinson J. S., Martinez D. A., Cabral S., George K., Whalen M., Hansoti B., Levin, S. Triage Performance in Emergency Medicine: A Systematic Review // Annals of Emergency Medicine. 2019. Vol.74(1). P. 140-152. doi: 10.1016/j.annemergmed.2018.09.022. Epub 2018 Nov 22. PMID: 30470513.
7. Hodge A., Hugman A., Varndell W., Howes K. A review of the quality assurance processes for the Australasian Triage Scale (ATS) and implications for future practice // Australasian Emergency Nursing Journal. 2013. Vol.16(1). P. 21-29. doi: 10.1016/j.aenj.2012.12.003. Epub 2013 Feb 8. PMID: 23622553.
8. Michaloux M., Orsini J.-P., Nahon M., Vivien B. Triage // Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2016. №28. P. 74-80. URL: <https://www.em-consulte.com/es/article/1069488/triage> (дата звернення: 04.02.2024).
9. Rajan S., Engelbrecht A. A cross-sectional survey of burnout amongst doctors in a cohort of public sector emergency centres in Gauteng, South Africa // African Journal of Emergency Medicine. 2018. №8 (3). P. 95-99. doi: 10.1016/j.afjem.2018.04.001. Epub 2018 May 7. PMID: 30456156; PMCID: PMC6223592.

10. Van den Heede K., van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews // Health Policy. 2016. №120 (12). P. 1337–1349. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.10.002. Epub 2016 Oct 13. PMID: 27855964.
11. Varndell W., Hodge A., Howes K., Jeffers A., Marquez-Hunt N., Hugman A. Development and preliminary testing of an online software system to facilitate assessment of accuracy and consistency in applying the Australasian Triage Scale // Australasian Emergency Care. 2018. №21(4). P. 150-158. doi: 10.1016/j.auec.2018.10.001. Epub 2018 Oct 16. PMID: 30998891.
12. Wengert J.W. Jean Dominique Larrey (1766-1842): Surgeon of the Guard. Mil Med. 1979 Jun. №144(6). P. 414-417. PMID: 112504. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/112504/> (дата звернення: 04.02.2024).
13. Wireklint S.C., Elmqvist C., Parenti N., Göransson K.E. A descriptive study of registered nurses' application of the triage scale RETTS©; a Swedish reliability study // International Emergency Nursing. 2018. Vol.38, P. 21-28. doi: 10.1016/j.ienj.2017.12.003. Epub 2018 Jan 8. PMID: 29326039.

**ОСОБЛИВОСТІ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АКТІВ, ЩО
ГАРАНТУЮТЬ МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СПІВРОБІТНИКІВ МВС
В МИРНИЙ ТА ВОЄННИЙ ЧАС**

Євгенія Сергата

ДУ «ТМО МВС України по Полтавській області», м. Полтава, Україна

Право на охорону здоров'я є ключовою темою дискусій у всьому світі, а забезпечення реалізації цього права й можливість населення отримати доступ до потрібної медичної допомоги знаходиться у центрі уваги. Країни світу стикаються з різноманітними проблемами в галузі охорони здоров'я, які регулюються міжнародно-правовими актами[1], зокрема (таб. 1):

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 Лучинської	5
Катеренчук І.П. Діагностика життєнебезпечних клініко-електрокардіографічних синдромів як причини раптової смерті (лекція).....	6
<u>СТАТТІ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	
Ждан В. М., Лисак В. П., Голованова І. А., Подвін А.М., Харченко Н. В., Ляхова Н. О. Порівняльний аналіз проходження військово -лікарської комісії: огляд міжнародного досвіду та викликів в Україні.....	17
Гринь К.В. Панічна атака, як невідкладний стан в контексті тривожних та стресових розладів в умовах воєнного стану в Україні.....	21
Кулик Е.А., Юрченко В.С. Судинні захворювання головного мозку та надання невідкладної допомоги.....	27
Левков А.А., Горошко В.І., Шарпов І.Г., Самбурська С.І., Гордієнко О.В., Мизгіна Т.І. Реабілітація після травми щелепи.....	35
Левков А.А., Клеценко Л.В., Вишар Є.В., Курило А.І., Колісник К.В. Надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям з осколковими пораненнями.....	39
Левков А.А., Марченко С.М., Боголюб М.А., Кулик Е.А., Юрченко В.С., Боголюб В.В. Домедична допомога при проникаючих пораненнях грудної клітки.....	45
Левков А.А., Рибалко Л.М., Москаленко П.О., Москаленко І.В., Гулько Т.Ю. Види ушкоджень у бойових і небойових умовах.....	52
Могильник А.І., Тарасенко К.В., Давиденко А.В., Могильник А.М., Шандиба О.В., Архіповець О.О. Медичне сортування – запорука ефективної екстреної медичної допомоги.....	58
Сергата Є. В. Особливості нормативно-правових актів, що гарантують медичне забезпечення співробітників МВС в мирний та воєнний час.....	66
Харченко Н. В., Плужнікова Т. В., Подвін А. М. Зарубіжний досвід психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях.....	77
<u>ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ</u>	
Бойко В. В., Цвик М. А. Досвід роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди КП «Полтавський обласний санаторій для дітей з порушенням опорно-рухового апарату пор» в умовах сьогодення.....	83
Брехунцов В.О. Професійне вигорання медичних працівників під час війни.....	85
Бублик О.О. Аналіз показників надання хірургічної стоматологічної допомоги дитячому населенню на рівні м. Полтави.....	87
Бурмінова Н. В. Безпека та конфіденційність пацієнтів у контексті телемедицини в екстреній допомозі.....	89
Гаджула Н.Г., Федик Т.В., Квірікашвілі А.М. Ускладнення ендодонтичного лікування зубів на етапі obturaції кореневих каналів: ризики, клінічні прояви, невідкладна допомога.....	91
Городова-Андрєєва Т.В., Ляховський В.І., Кравців М.І., Краснов О.Г. Ефективність застосування вакуумної терапії з інстиляціями l-аргініну при лікуванні гнійних ран м'яких тканин.....	94
Данильченко Світлана, Бабкіна Олена Короткий огляд основних адаптивних приладів у фізичній реабілітації.....	98
Денисюк Т.М., Краснова О.І. Особливості діяльності КП «Полтавський обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Полтавської обласної ради».....	102
Дмитрієва А. А. Своєчасне та адекватне виявлення хворих на мікроспорію для запобігання утворення епідеміологічних спалахів у колективі.....	105
Дудченко М.О., Краснов О.Г., Кравців М.І., Заєць С.М., Прихідько Р.А., Немченко І.І., Сагарадзе С.А. Актуальні питання діагностики та лікування кісткових уражень у хворих з синдромом діабетичної стопи.....	106
Жара Г. І. Європейський досвід надання екстреної та невідкладної допомоги біженцям під час війни.....	110