Організаційні та практичні питання надання допомоги пораненим

Кучма А.Б., Черемський А.П.

Суб'єктивні твердження, висловлені в презентації, є виключно думкою авторів і можуть не співпадати з офіційними позиціями місць їх праці та служби

ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОСУМІСНОСТІ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ із ЗБРОЙНИМИ СИЛАМИ НАТО

к.м.н., доцент підполковник м/с Микита Оксана Олександрівна, *Стандартизація системи медичного забезпечення Збройних Сил України*

Ідеальна модель надання медичної допомоги пораненим в умовах збройних конфліктів*

10 хв. – час закінчення надання домедичної допомоги пораненому. **Критерій** – зупинка критичної кровотечі, стабілізація стану.

Місце: медичний пост роти

Персонал: військовослужбовці, персонал медичної служби (санітар взводу, санітарний інструктор роти, бойовий медик, старший бойовий медик).

Медичне оснащення: індивідуальне медичне оснащення персоналу, який надає медичну допомогу.

Стандарти: Стандарт I-CT-3, STANAG 2122, 2126

Евакуація будь-яким транспортом

*Екстрена медична допомога у етапі в умовах збройних конфліктів: Навчальний посібник за ред. проф. Бадюка М.І. – Київ, 2018.

Ідеальна модель надання медичної допомоги пораненим в умовах збройних конфліктів*

1 год. – час закінчення надання екстреної медичної допомоги пораненому.

Критерій – стабілізація життєвих показників. Транспортабельність.
Персонал: фельдшер (парамедик), лікар загальної практики.

Місце: медичний пункт батальйону (стабілізаційний пункт), роль 1.

Медичне оснащення: комплектно-табельне майно та оснащення медичного пункту батальйону

Стандарти: Стандарти екстреної медичної допомоги,

STANAG 2549 (AMedP 24)

Медична евакуація →

*Екстрена медична допомога у етапі в умовах збройних конфліктів: Навчальний посібник за ред. проф. Бадюка М.І. – Київ, 2018.

Ідеальна модель надання медичної допомоги пораненим в умовах збройних конфліктів*

2 год. – час закінчення невідкладних хірургічних втручань для збереження кінцівок і життя пораненому.

Критерій – стабілізація життєвих показників. Транспортабельність.
Персонал: хірург загальний, травматолог .

Місце: польовий медичний підрозділ посилений лікарями хірургами, мобільний військовий госпіталь, стаціонарна лікарня, роль 2.

Медичне оснащення: спеціальне комплектно-табельне майно та оснащення медичного підрозділу, госпіталю, лікарні.

Стандарти: STANAG 2549 (AMedP 24), FM 4-02.25 (FM 8-10-25)

*Екстрена медична допомога у етапі в умовах збройних конфліктів: Навчальний посібник за ред. проф. Бадюка М.І. – Київ, 2018.

Тактична медицина — це надання допомоги на догоспітальному етапі, націлене передусім на усунення попереджуваних причин смерті, за принципами, що враховують загрозу від бойових дій чи активного стрільця.*

*Вікіпедія (https://uk.wikipedia.org/wiki/Тактична_медицина)

У США на початку 1970-х після війни у В'єтнамі у 1973 році закінчився військовий призив (у т.ч. призив лікарів).

У 1972 створено військовий медичний університет (Uniformed Services University of the Health Sciences, USUHS) та затверджена військова стипендіальна програма, учасники якої зобов'язувались служити 3-4 роки у Збройних силах.

На початок проведення операції «Буря в пустелі» багато військових лікарів уже не мали як попереднього військового досвіду, так і практично не мали досвіду лікування критично поранених пацієнтів та знань з історії військової медицини. У військових медичних закладах відбулось секвестрування переважно молодих хірургів з незначною цивільною медичною практикою та мінімальними можливостями отримання навичок допомоги при травмі.*

До середини 1990 військовий медичний персонал Збройних сил США навчався по програмах допомоги при травмі, розроблених для цивільного медичного персоналу.

*Jeremy W. Cannon, “Military-Civilian Exchange of Knowledge & Practices in Trauma Care,” 2016, 4

У кінцевому підсумку проблеми з кадровим забезпеченням призвели до ряду невиправданих недоліків і нестабільної допомоги в ході операції “Буря в пустелі”. Зокрема, медичні бригади були відправлені в зону бойових дій з недостатніми запасами з очікуванням, що вони можуть бути отримані на місці. Крім того, не існувало інтеґрованої системи збору інформації про поранення, що ускладнювало процес евакуації пацієнтів. Нарешті, немедична команда (військові) заборонила збір даних для досліджень. У наступних конфліктах деякі з цих недоліків були виправлені.*

*Jeremy W. Cannon, “Military-Civilian Exchange of Knowledge & Practices in Trauma Care,” 2016, 4

У середині 1990-х у США та Великій Британії були проведені паралельні незалежні дослідження по розробці стандартів догоспітальної допомоги в умовах бойових дій.

У 1996 була опублікована стаття , де докладно описана перша редакція американських настанов щодо догоспітальної допомоги Tactical Combat Casualty Care (TCCC або TC3). Зараз подібними стандартами користуються більшість армій НАТО.

Відповідні настанови використовуються для навчання військового медичного персоналу в Україні.

*Tactical Combat Casualty Care in Special Operations, CPT Frank Butler, Jr., MC, USN; LTC John Hagmann, MC, USA; ENS George Butler, MC, USN, Military Medicine, Vol. 161, Supp 1, 1996.

У навчанні українських військових з тактичної медицини з 2014 року допомагали :

Велика Британія, Естонія, Канада, Литва, Німеччина, США…

ГО «Білі берети» (Тернопіль, Київ, Львів, Полтава, Рівне);

ГО «Всеукраїнська рада реанімації»;

ГО «Захист патріотів»,

ГО «МЗШР «Гіппократ»»

ГО «НПЦ ЮНІТ»;

ГО «Всеукраїнська спілка парамедиків»;

ГО «Патріот»;

ГРІМ;*

Дніпро-такмед

Проект «Медсанбат»;

44-й Навчальний Центр;

Такмед Юа;

Т-Хелпери;

«Тухлий Джгут»;

SEAL;

Ведмедики-Парамедики;

«Дай бійцю шанс жити»;

Рівне-такмед;

МТГ Київ;

ЦСП;

Tac Cat;

Білий вовк;

Київський легіон.

*Група рівненських інструкторів з медицини

Надання допомоги пораненим умовно поділяють на кілька етапів: *

- допомога в зоні обстрілу / Care Under Fire;
- допомога в тактичних умовах (зона умовного укриття) / Tactical Field Care;
- допомога на етапі евакуації / Tactical Evacuation Care.

*Tactical Combat Casualty Care in Special Operations, CPT Frank Butler, Jr., MC, USN; LTC John Hagmann, MC, USA; ENS George Butler, MC, USN, Military Medicine, Vol. 161, Supp 1, 1996.

На даний час практично увесь медичний персонал ЗСУ ознайомлений з базовими принципами тактичної медицини. Проте через відсутність чіткої уніфікації протоколів можуть виникати певні комунікативні проблеми.

MARCH(E)	**CABCDE**	**КоДіДі-КроДіСі**	**КОЛЕСО**	
Massive hemorrhage	Critical hemorrhage	Кровотечі	Кровотеча	**Зупинка масивної кровотечі**
Airway	Airway	Дихальні шляхи	Оляд дихальних шляхів	**Відновлення прохідності дихальних шляхів**
Respiration	Breathing	Дихання	Легені Ефективність дихання	**Дихання – передусім надання допомоги при пневмотораксі**
Circulation	Circulation	Кровообіг та ефективний огляд тіла	Серцева діяльність	**Циркуляція – виявлення та допомога у разі шоку**
Hypothermia / Head injury	Disability or neurologic status	Свідомість	Огляд неврологічний, обігрів..	**Виявлення та допомога при травмі голови; у MARCH(E) також боротьба з гіпотермією**
Everything else	Exposure (undress) and Environment (temperature control)	Інші симптоми		**Все інше / зняття одягу та контроль температури.**

Анестезіолог на війні

- Пам’ятати про принципову відмінність протоколів BLS і TCCC (однакові літери алґоритмів мають інший зміст);
- Пам’ятати, що непрямий масаж серця доцільно виконувати тільки після зупинки кровотечі;
- Звернути увагу на оволодіння альтернативними техніками інтубації трахеї (face-to-face tracheal intubation; ground level intubation);
- Звернути увагу на оволодіння технікою токакоцентезу (яка традиційно належить до хірургів).

Алгоритми ТССС

- Передусім слід звернути увагу на те, що ці алгоритми не мають прямого відношення до СЛР.
- Оскільки головною причиною смерті на полі бою є кровотечу, то в алгоритмі MARCH та CABC дії починаються з контролю масивної кровотечі.
- В однакові літери BLS та ТССС вкладено інший зміст. Наприклад літери R/B означають передусім не штучне дихання, а лікування пневмотораксу;
- Літера С відповідає передусім за лікування геморагічного шоку;
- Класичне СЛР може не проводитись взагалі.

Вузлові турнікети / Junctional Tourniquets

На сьогодні FDA схвалило використання 4-х турнікетів для зупинки вузлових кровотеч:

- CRoC (Combat Ready Clamp);
- SAM-JT (SAM Junctional Tourniquet);
- JETT (Junctional Emergency Treatment Tool);
- AAJT (Abdominal Aortic and Junctional Tourniquet).

Combat Ready Clamp (CRoC)

SAM Junctional Tourniquet (SAM-JT)

Junctional Emergency Treatment Tool (JETT)

Abdominal Aortic and Junctional Tourniquet (AAJT)

МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ

НАКАЗ

НАЧАЛЬНИКА ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО УПРАВЛІННЯ – НАЧАЛЬНИКА МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

(з адміністративно-господарської діяльності)

"____" червня 2018 м. КИЇВ № ____

Про затвердження Тимчасового порядку організації надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги у Збройних Силах України

Відповідно до Положення про Головне військово-медичного управління, затвердженого наказом Міністерства оборони України від 07.12.2017 № 653, адаптованої настанови "Тактична екстрена медична допомога", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.06.2016 № 612, розробленої на основі принципів надання допомоги пораненим в умовах бойових дій Tactical Combat Casualty Care (TCCC), та з метою подальшого вдосконалення існуючого порядку організації надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги у Збройних Силах України

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Тимчасовий порядок організації надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги у Збройних Силах України, що додається.

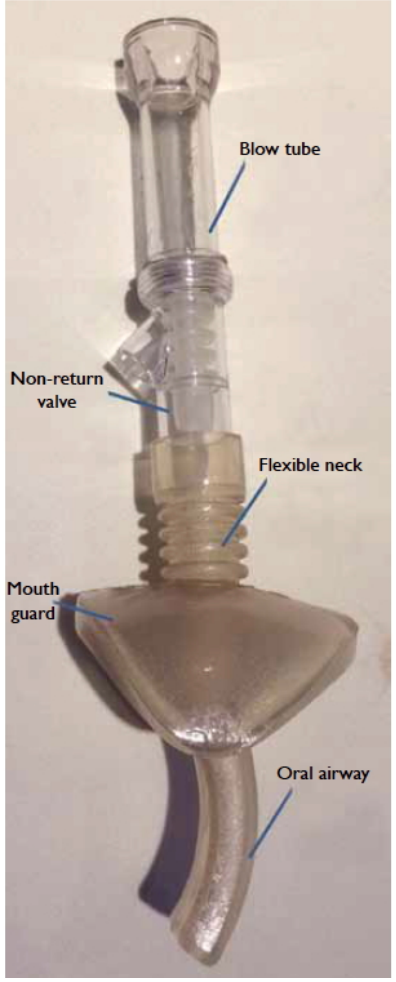
2. Визнати такими, що втратили чинність накази директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України від 24.02.2017 № 3 "Про затвердження Тимчасового порядку організації надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги у Збройних Силах України" та від 10.11.2017 № 19 "Про внесення змін до наказу директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України від 24.02.2017 № 3".

3. Контроль за виконанням наказу покласти на першого заступника начальника Головного військово-медичного управління.

4. Наказ розіслати згідно з розрахунком розсилки.

Начальник Головного військово-медичного управління –
начальник медичної служби Збройних Сил України
полковник медичної служби І.П. ХОМЕНКО

На складах ЗСУ на сьогодні є досить багато обладнання та розхідних матеріалів радянських часів, які колись створювалися як репліки відповідних аналогів, що використовувалися в арміях країн-членів НАТО. Попри те, що в протоколах ТССС на даний час вони не згадуються, як застарілі, не варто відмовлятися від їх застосування в критичних умовах, особливо за умов відсутності сучасних взірців. Але це потребує додаткового навчання персоналу.



Повітровід Брука

FIG. The Brook airway, shown here with its component parts, was donated by Dr Tak-fu Tse and Dr Tak-him Ko to the Hong Kong Museum of Medical Sciences in 2003

ТД-1

На початку АТО інтенсивно використовувались лікарсько-сестринські бригади. У той же час у місцевих цивільних лікарнях могли попадати бійці різноманітних формувань. В умовах гібридної війни це могло погіршити надання допомоги пацієнтам. Це стало одним із чинників високих медико-санітарних втрат на початку АТО.

Цю проблему було вирішено завдяки формуванню у ЗСУ повноцінних хірургічних бригад, які стали працювати в цивільних лікарнях, розташованих уздовж лінії зіткнення.

Завдяки цьому кроку вдалося передусім налагодити адекватну медико-санітарну логістику*, максимально наблизити кваліфіковану допомогу до поранених і менше наражати на небезпеку медичний персонал.

* Через зруйновану інфраструктуру повідомлення про поранених, що потрапляли в цивільні лікарні могли приходити з певною затримкою.

Дякую за увагу !