

**Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова**

На правах рукопису

МАРЦИНКОВСЬКИЙ ІГОР ПАВЛОВИЧ

УДК: 614.2:616.1:355.724

**НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОБСЯГУ ТА ХАРАКТЕРУ
ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ВНАСЛІДОК
СУЧАСНИХ БОЙОВИХ ДІЙ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

14.01.03 – хірургія

**Автореферат
на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Вінниця 2020

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Державному закладі “Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров’я України”.

Науковий керівник: доктор медичних наук, старший науковий співробітник
Танасієнко Павло Васильович
ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», провідний науковий співробітник

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Трутяк Ігор Романович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедру травматології та ортопедії;
- доктор медичних наук, доцент **Бурлука Володимир Володимирович**, Українська військово-медична академія МО України, заступник начальника кафедри хірургії.

Захист відбудеться «___» _____ 2020 р. о _____ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: м. Вінниця, вул. Пирогова 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України за адресою: м. Вінниця, вул. Пирогова 56.

Автореферат розісланий «___» _____ 2020 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
д.мед.н., професор

С. Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На початку третього тисячоліття Україна, її громадяни та армія виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави, що має ознаки гібридної війни та включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях (Гур'єв С.О., 2016; Ордатій А.В., 2018) Цей конфлікт, що супроводжується значними людськими жертвами і завдає величезних матеріальних, фінансових, соціальних і психологічних збитків нашій державі та її громадянам, виявив низку серйозних проблем у медичному забезпеченні військ і викликав необхідність проведення детального їх аналізу та вжиття адекватних заходів (Верба А.В., 2016; Страфун С.С., 2016; Бур'янов О.А., 2017). За даними Міністерства оборони України на кінець 2018 року в зоні Операції Об'єднаних Сил на Сході України бойові втрати становили більше 11 тисяч осіб, з яких неповоротні - 2333 (загиблі), санітарні - 8377 (поранені та травмовані внаслідок бойових дій).

Основним завданням медичної служби у будь-якому збройному конфлікті є збереження життя військовослужбовців, а також найбільш швидке їх повернення до служби (Хоменко І.П., 2019; Veranger F., 2017). Одним з основних факторів, що дозволяє досягти запланованої мети є належна організація лікувально-діагностичних заходів у поранених військовослужбовців (Трихліб В.І., 2015; Хмель В.В., 2016). Основою медичного забезпечення військ під час їх застосування є система лікувально-діагностичних заходів, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям, їх евакуації, лікування та реабілітації, а також призначених для цього сил і засобів медичної служби (Білий В.Я., 2016; Микита О.О., 2016; Король С.О., 2017). Eastridge, V.J. (2012) вказує, що із 4596 летальних випадків за 2001–2011 роки у війнах в Іраку та Афганістані 87,3% поранених загинули до досягнення лікувальних закладів. З них 35,2% були миттєвими, 52,1% – гострими (від декількох хвилин до декількох годин) до досягнення лікувальних закладів (з наданням хірургічної допомоги). Важливим є те, що серед тих, хто помер до моменту госпіталізації, 24,3% могли б вижити. З даних досліджень також впливає, що причинами летальних наслідків, які потенційно могли б бути врятовані, була гостра крововтрата, обструкція дихальних шляхів та напружений пневмоторакс. У структурі санітарних втрат в збройних конфліктах, що проведені у останні роки переважали важкі вогнепальні переломи довгих кісток кінцівок при множинних і поєднаних пораненнях, що спричиняло високу частоту незадовільних органічних і функціональних результатів лікування (Самойленко Г.Е., 2016; Smith I.M., 2015; Lane I., 2017).

Висока летальність, ранові ускладнення, тривалі терміни перебування в лікувальних установах, втрата працездатності та високий рівень інвалідизації визначають необхідність вдосконалення медичної допомоги постраждалих від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана за планом Державного закладу «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» і є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи

«Патогенетичне обґрунтування лікування інфекційних ускладнень травматичного процесу у постраждалих від сучасних бойових дій» (№ державної реєстрації 0117U003077). Дисертантом визначені клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики травматичного процесу у постраждалих від сучасних бойових дій на етапах евакуації.

Мета роботи: Зменшити летальність на етапах медичної евакуації постраждалих від сучасних бойових дій шляхом створення та впровадження адекватної й ефективної системи клініко-організаційних та медико-технологічних заходів на етапах медичної евакуації.

Завдання дослідження:

1. Визначити клініко-епідеміологічну характеристику постраждалих від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації;
2. Визначити клініко-нозологічну характеристику постраждалих від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації;
3. Провести клінічну характеристику рівнів медичної допомоги на етапах медичної евакуації у постраждалих від сучасних бойових дій.
4. Розробити, сформувавши та впровадити нову сучасну стандартизовану систему надання медичної допомоги на базовому рівні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій.
5. Розробити, сформувавши та впровадити нову сучасну стандартизовану систему надання медичної допомоги на першому рівні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій.
6. Розробити, сформувавши та впровадити нову сучасну стандартизовану систему надання медичної допомоги на другому рівні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій.
7. Розробити, сформувавши та впровадити нову сучасну стандартизовану систему надання медичної допомоги на третьому рівні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій.
8. Розробити, сформувавши та впровадити нову сучасну стандартизовану систему надання медичної допомоги на четвертому рівні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій.

Об'єкт дослідження – постраждалі від сучасних бойових дій.

Предмет дослідження – етапи медичної допомоги у постраждалих внаслідок сучасних бойових дій.

Основними методами при проведенні досліджень були:

- клінічний – визначали приналежність пацієнтів до критеріїв відбору у дослідження;
- променевої діагностики – для визначення пошкоджень у постраждалих від сучасних бойових дій;
- медичної непараметричної статистики – проводилась статистична обробка отриманих результатів дослідження;
- клініко-експертний – виконувалась клінічна експертиза результатів лікування у постраждалих від сучасних бойових дій.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше комплексно були вивчені клініко-епідеміологічні характеристики, які включали в себе вік, відношення

до військової служби від поранення у постраждалих від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації. Вперше вивчено клініко-нозологічну характеристику поранень у постраждалих від сучасних бойових дій, що опиралась на клініко-анатомічну поsegmentну характеристику пошкоджень на етапах медичної евакуації. Вперше розроблено, сформовано та впроваджено нові сучасні стандартизовані системи медичної допомоги поранених внаслідок сучасних бойових дій на базовому, першому, другому, третьому та четвертому рівнях медичної допомоги, що дозволило знизити летальність та підвищити виживаємість постраждалих на етапах медичної евакуації.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що розроблені клініко-організаційні та медико-технологічні заходи сприяють оптимізації процесів надання медичної допомоги постраждалим в результаті сучасних бойових дій, зниженню рівня летальності, інвалідизації та підвищенню виживаності постраждалих цієї категорії.

Результати теоретичних та клінічних досліджень використовуються в лікувальному процесі в Українському науково-практичному центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону МО України, Хмельницькому військовому шпиталі МО України, Житомирському військовому шпиталі МО України, Військово-мобільному шпиталі № 59 м. Сєверодонецьк МО України, Білоцерківському військовому шпиталі МО України.

Апробація результатів дослідження. Результати дисертаційного дослідження були представлені на світовому конгресі ортопедів-травматологів 39 SICOT Orthopedic World Congress in Montreal, Canada from 10-13.10.2018, науково-практичних конференціях з міжнародною участю: «Екстрена медична допомога. Діяльність служби медицини катастроф у зоні АТО» (Суми, 2017), на науково-практичній конференції «Актуальні питання травматології та остеосинтезу» (Вінниця, 2019), на науково-практичній конференції присвяченій 95-річчю проф. Є.Т. Склярєнко (2019), у збірнику наукових праць «Сучасні аспекти військової медицини» Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військово-медичний клінічний шпиталь», на засіданнях Вченої ради ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» у 2015-2018 роках.

Публікації. За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 12 наукових праць, з яких 1 публікація у виданні, що рецензується світовою наукометричною базою SCOPUS, 6 публікацій у провідних наукових фахових виданнях, що рекомендовані ДАК України та 5 публікацій, які додатково відображають наукові результати дисертації.

Структура дисертації. Дисертацію викладено на 197 сторінках друкованого тексту, який складається з анотацій, вступу, огляду літератури, опису матеріалів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, розділу, що присвячений узагальненню результатів дослідження, висновків та практичних рекомендацій, бібліографічного переліку інформаційних джерел (усього 211 найменування, 87 з яких латиною). Дисертаційна робота містить 40 таблиць, 6 рисунків.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Для виконання задач і цілей нашого дослідження нами було ретроспективно та проспективно проаналізовано лікування 377 постраждалих з від сучасних бойових дій, що була отримана в результаті проведення Операції об'єднаних сил з 2014 по 2017 роки. Всі постраждалі були поділені на 3 масиви згідно лікування на етапах медичної евакуації постраждалих від сучасних бойових дій в зоні Операції об'єднаних сил. До масиву А нами було віднесено 126 постраждалих від сучасних бойових дій, що знаходились на стаціонарному лікуванні і Бахмутській ЦРЛ Донецької області, на II рівні медичної допомоги та етапі кваліфікованої медичної допомоги. До масиву В було віднесено 122 постраждалих від сучасних бойових дій, що проходили лікування у Дніпровській обласній лікарні ім. Д.І. Мечникова, що відповідало III рівню медичної евакуації та етапу спеціалізованої медичної допомоги. До масиву С були віднесені 129 постраждалих від сучасних бойових дій, що проходили лікування у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону м. Вінниця, що відповідало IV рівню медичної евакуації та етапу високоспеціалізованої медичної допомоги. Дані про стан та медичну допомогу на базовому та першому рівні медичної допомоги, що відповідало етапам домедичної та долікарської допомоги були взяті з форми №100, з якою постраждалі поступали на подальші етапи медичної евакуації.

Враховуючи той факт, що вивчення епідеміологічних показників у науковому дослідженні є рекомендацією ВООЗ ми вважали за доцільне та необхідне розглянути клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики масиву постраждалих у постраждалих від сучасних бойових дій.

Комісія з біоетики ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України» розглянуто матеріали роботи та встановлено, що вони не заперечують основним біоетичним нормама (протокол №10 від 04.12.2019 р.).

Проведений аналіз вікової ознаки у постраждалих від сучасних бойових дій вказав, що найчастіше від сучасних бойових дій страждають особи молодого працездатного віку від 20 до 60 років, що було виявлено у 83,3% масиву А, у 90,2% масиву В і 91,5% масиву С. У масиві А виявлено найбільш широкі вікові рамки, які включали в себе постраждалих як дитячого так і старечого віку, на відміну від масиву В, де не зустрічались постраждалі старечого вікової категорії, а у масиві С – постраждалі похилого та старечого віку. Даний факт пояснюється наданням на етапі кваліфікованої медичної допомоги як військовим так і цивільним особам, а на інших етапах – лише військовим. Ранговий розподіл у масивах В і С є майже ідентичним, що вказує на превалювання на цих рівнях медичної допомоги військовим, що отримали поранення в результаті сучасних військових дій.

Аналіз за видом поранення вказав, що на етапі кваліфікованої медичної допомоги концентрувались постраждалі з мінно-вибуховою травмою та вогнепальними пораненнями, які були виявлені у 36,5% і 21,4% постраждалих відповідно. На етапі спеціалізованої медичної допомоги у порівнянні з етапом кваліфікованої медичної допомоги кількість постраждалих з вогнепальними пораненнями зросла у 1,6 рази та стала лідируючим пошкодженням, а кількість постраждалих з мінно-вибуховою травмою зменшилась у 1,3 рази, що вказує на

концентрацію постраждалих з вогнепальними пошкодженнями на етапі спеціалізованої медичної допомоги. На етапі високоспеціалізованої медичної допомоги спостерігалась зворотна тенденція, яка повторювала тренд, що був виявлений на етапі кваліфікованої медичної допомоги. Це свідчить про концентрацію постраждалих з мінно-вибуховою травмою на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги.

У результаті сучасних бойових дій найчастіше отримують поранення постраждалі солдати, як контрактної та строкової служби, які на етапі кваліфікованої медичної допомоги виявлялись у 59,5% випадків, на етапі спеціалізованої медичної допомоги – у 52,4% випадків, а на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги – у 82,9% випадків. Для постраждалих солдатського складу основним етапом лікування є етап високоспеціалізованої медичної допомоги, що пов'язано з найбільш тяжкими пораненнями, що отримують постраждалі цієї військової категорії.

Проведений аналіз масиву дослідження за ознакою домінуючого пошкодження вказав, що етап кваліфікованої медичної допомоги є основним для постраждалих з домінуючою травмою голови (19,8%) та шиї (6,3%) які концентрувались на даному етапі і в подальшому їх кількість зменшувалась. Етап спеціалізованої медичної допомоги був основним для постраждалих з домінуючим пошкодженням поясу нижніх кінцівок (38,5%) та живота (12,3%), де вони концентрувались та їх виконувались основні лікувально-діагностичні заходи. На етапі високоспеціалізованої медичної допомоги зосереджувались постраждалі з домінуючим пошкодженням поясу верхньої кінцівки (20,2%) та грудної клітки (18,6%), що пояснюється тривалим терміном лікування даних пошкоджень.

Клініко-нозологічна характеристика пошкоджень голови та шиї у постраждалих в результаті сучасних бойових дій вказала, що на етапі кваліфікованої медичної допомоги концентруються постраждалі зі струсом головного мозку (39,6%) та пораненнями шиї (16,7%), де їм надається основна медична допомога. На етапі спеціалізованої медичної допомоги концентруються постраждалі з пораненнями лицьового черепа (40,0%), склепіння та основи черепа (6,6%), де їм надається основний пакет медичної допомоги або стабілізується стан та проводиться підготовка для транспортування за кордон. Етап високоспеціалізованої медичної допомоги був основним для постраждалих з пошкодженнями лицьового черепа (43,5%), забоєм головного мозку та акубаротравмою, які концентрувались саме на цьому етапі.

У результаті проведеного аналізу клініко-нозологічної характеристики пошкоджень органів грудної клітки було встановлено, що на етапі кваліфікованої медичної допомоги концентрувались постраждалі з непроникаючими пораненнями грудної клітки (35,1%), пошкодженнями ребер (12,3%) та пораненнями у грудному відділі хребта (3,5%). Етап спеціалізованої медичної допомоги був основним у постраждалих з гемопневмотораксом (23,1%) та пошкодженнями легень (15,8%). На етапі високоспеціалізованої медичної допомоги концентруються постраждалі з проникаючими пораненнями грудної клітки (22,4%), пошкодженнями лопатки (9,2%), пораненнями діафрагми (5,3%) та серця (2,7%).

Особливості розподілу масиву дослідження за ознакою пошкодження органів живота були такими: на етапі кваліфікованої медичної допомоги надається основна

допомога постраждалим з непроникаючими пораненнями живота (34,4%). На етапі спеціалізованої медичної допомоги концентрувались постраждалі з пораненнями печінки (13,9%), сечового міхура (8,3%), нирок (8,3%) та статевих органів (11,1%). Етап високоспеціалізованої медичної допомоги був основним у постраждалих з проникаючими пораненнями живота (25,0%), пораненнями поперекового відділу хребта (9,6%), пошкодження шлунку (5,8%), кишківника (21,1%) і селезінки (7,7%).

Проведений аналіз випадків пошкоджень поясу верхньої кінцівки у постраждалих від сучасних бойових дій вказав, що на етапі кваліфікованої медичної допомоги концентруються постраждалі з пошкодженнями передпліччя (26,8%), плечового суглобу (9,7%), кисті (19,5%) та пальців (4,8%), що вказує на те, що даний етап є основним у медичній допомозі постраждалих з даними пошкодженнями. На етапі спеціалізованої медичної допомоги найчастіше надається допомога пораненим з пошкодженнями плеча (27,0%) та ліктьового суглобу (13,5%), для яких даний етап є основним. Для постраждалих з пошкодженнями надпліччя (5,1%), ключиці (6,8%) та травматичними ампутаціями на рівні плеча (3,4%), передпліччя (1,7%) та кисті (5,1%) основним був етап високоспеціалізованої медичної допомоги, де в дані постраждалі отримували основну медичну допомогу.

Аналіз нозологічної структури пошкоджень поясу нижньої кінцівки вказав, що етап кваліфікованої медичної допомоги був основним для постраждалих з пошкодженнями нервово-судинного пучка нижньої кінцівки (5,9%) та пораненнями колінного суглобу (9,5%). На етапі спеціалізованої медичної допомоги концентрувались постраждалі з пораненнями гомілки (41,0%). Етап високоспеціалізованої медичної допомоги був основним для постраждалих з пораненнями тазу (4,8%), сідниці (7,8%), стегна (34,9%), стопи (16,5%) та травматичними відривами гомілки (1,9%) та стопи (3,8%).

Організація лікування поранених та хворих на етапах медичної евакуації у військових конфліктах є у центрі уваги як військового командування так і серед лікарів, що безпосередньо надають медичну допомогу даному контингенту постраждалих. Серед постраждалих масиву А на етап кваліфікованої медичної допомоги без ознак шоку було доставлено 52 постраждалих, що становило 41,3%. Постраждалі цієї категорії поступали у приймальне відділення, де їм проводився повний діагностичний пошук з допомогою лабораторних та інструментальних методів дослідження. Після цього їм проводилась передопераційна підготовка і лише після неї постраждалий направлявся у операційну. Час підготовки постраждалого без шоку в середньому становив $58,5 \pm 6,1$ хвилин. Клінічна характеристика другого рівня надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій вказала, що на етап кваліфікованої медичної допомоги постраждалі доставлялись у терміни до 6 годин (47,8%). Серед постраждалих масиву А на етап кваліфікованої медичної допомоги без ознак шоку було доставлено 41,3%, постраждалих з I ступенем шоку було 30,2%. При поступленні був виставлений травматичний шок II ступеню у 20,6% масиву дослідження. Шок III ступеню був виставлений у 7,9% масиву. Характеристика оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі кваліфікованої медичної допомоги вказала, що найчастіше у масиві дослідження була проведена операція первинної хірургічної обробки рани. Дане оперативне втручання було проведено 61 раз, що становило 38,4% операцій проведених у масиві А. Варто зауважити, що лише у 14

постраждалих (22,9%) ПХО проводилось на одній рані, у 20 (32,8%) ПХО проводилось на двох сегментах, у 17 (27,9%) – на трьох сегментах, і у 10 (16,4%) ПХО проводилось на чотирьох сегментах.

Після лікування на етапі кваліфікованої медичної допомоги постраждалі направлялись для подальшого лікування на етап спеціалізованої медичної допомоги. Нами було проаналізовано час доставки постраждалих на третій рівень медичної допомоги. Найчастіше доставка на етап спеціалізованої медичної допомоги проводилась у терміни до 3 діб, що спостерігалось у 63,9% масиву дослідження. У термін доставки до 1 доби 76,7% постраждалих оминає II рівень медичної допомоги, а серед постраждалих з терміном доставки від 1 до 3 діб – таких постраждалих 10,4%, що пояснюється наявністю у постраждалих тяжкої травми з обов'язковим лікуванням на етапі спеціалізованої медичної допомоги

Після лікування на етапі кваліфікованої медичної допомоги постраждалі направлялись для подальшого лікування на етап спеціалізованої медичної допомоги. Нами було проаналізовано час доставки постраждалих на третій рівень медичної допомоги. Проведений аналіз часу доставки постраждалих від сучасних бойових дій на етап спеціалізованої медичної допомоги вказав, що серед постраждалих масиву дослідження найчастіше доставка на етап спеціалізованої медичної допомоги проводилась у терміни до 3 діб, що спостерігалось у 63,9% масиву дослідження. У термін доставки до 1 доби 76,7% постраждалих оминає II рівень медичної допомоги, а серед постраждалих з терміном доставки від 1 до 3 діб – таких постраждалих 10,4%, що пояснюється наявністю у постраждалих тяжкої травми з обов'язковим лікуванням на етапі спеціалізованої медичної допомоги. Найрідше доставка на етап спеціалізованої медичної допомоги проводилась у терміни 10 діб та більше, що виявлено у 10,7% постраждалих та була проведена лише з етапу кваліфікованої медичної допомоги. Аналіз невідкладних оперативних втручань на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, що серед невідкладних оперативних втручань лідирують операції направлені на усунення внутрішньої кровотечі, а саме ревізія нервово-судинних пучків та лапаротомія, що разом були виконані у 48,6% постраждалих. Дещо рідше виконувались операції направлені на усунення дихальної недостатності, до яких віднесені торакотомія та дренажування плевральної порожнини по Бюлау, що разом виконувались у 37,1% випадків. Найрідше виконувались операції по зупинці зовнішньої кровотечі, що спостерігалось лише у 14,3% випадків.

Проведений аналіз термінових оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, що найчастіше виконувались термінові операції на м'яких тканинах, серед яких видалення стороннього тіла (кулі, осколка), ПХО ран та операції при термічних опіках, що разом складала 73,1% всіх термінових операцій. Операції на черепі, що включали у себе трепанацію черепа та енуклеацію ока виконувались у 13,5% випадків; Ампутації кінцівок виконувались у такому ж відсотку як і операції на черепі. Аналіз відтермінованих оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, серед відтермінованих операцій у 96,8% випадків проводились операції на кістках скелета і лише 3,2% на кістках черепа. Основним оперативним втручанням був позавогнищевий остеосинтез в АЗФ, що було виконано більш ніж у половині

випадків. Компресійно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим був проведений у 35,1% випадків, а внутрішній остеосинтез пластинами лише у 12,9% випадків. По закінченню проведення відстрочених оперативних втручань проводились оперативні втручання планові. Серед планових оперативних втручань превалював БЮС кінцівок, що виконувався у 36,1% випадків. Дещо менше, у 32,6% випадків виконувався внутрішній остеосинтез. Операції направлені на лікування інфекційних ускладнень виконувались у 21,3% випадків.

Після надання медичної допомоги на етапі спеціалізованої медичної допомоги постраждали переувеличили на етап високоспеціалізованої медичної допомоги, що представлений IV рівнем медичної евакуації. Серед 129 постраждалих на етап високоспеціалізованої медичної допомоги 101 постраждалих (78,3%) були доставлені аеромобільною евакуацією. 18 постраждалих (13,9%) було доставлено залізничним транспортом, решта 10 постраждалих (7,8%) – автомобільним транспортом. Найчастіше на етап високоспеціалізованої медичної допомоги поранені доставлялись до 6 доби після травмування, що було виявлено у 54,3% випадків, причому майже третина з них оминула етап спеціалізованої медичної допомоги. Термін доставки до 12 доби був виявлений у 32,5% випадків і всі вони були доставлені з етапу спеціалізованої медичної допомоги. Після 12 доби доставлено лише 13,2% постраждалих і всі вони доставлені з етапу спеціалізованої медичної допомоги.

Проведений аналіз оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги вказав, що на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги основними були оперативні втручання направлені на боротьбу з гнійно-септичними ускладненнями, куди були віднесені операції вторинної хірургічної обробки рани, некректомія, накладання ВАК системи та реампутації, що разом становили 62,5% від всіх проведених оперативних втручань. Дещо рідше на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги виконувались оперативні втручання на кістках, до яких були віднесені демонтаж АЗФ та остеосинтез гомілки, стегна та плеча, що разом становили 25,6% від всіх проведених оперативних втручань. Найрідше виконувались операції при ускладненнях поранень внутрішніх органів, які були виконані у 4,9% випадків.

Розробка лікувально-діагностичної тактики надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій є комплексною та багатогранною проблемою у сучасній військовій хірургії. Накопичений досвід, що сформувався у останні роки під час проведення Операції Об'єднаних Сил є неоціненою базою для покращення медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій. Вважається, що основним принципом оптимізації лікувально-діагностичної тактики пораненим у сучасних військових конфліктах є її послідовність та безперервність. Однак, проведені нами дослідження вказують, що з однієї сторони введення у лікувально-діагностичну практику сучасних досягнень медичної науки, а з другої сторони впровадження змінених форм і способів ведення бойових дій досить сильно впливають на умови діяльності медичної служби на етапах евакуації. Високий рівень ранових ускладнень, довготривалі строки госпіталізації на етапах медичної допомоги, надвисокі показники інвалідизації серед поранених спонукають нас до оптимізації та удосконалення лікувально-діагностичної тактики даній категорії постраждалих на всіх етапах медичної евакуації.

Базовий рівень надання медичної допомоги є основним у збереженні життя поранених та постраждалих від сучасних бойових дій. Саме на цьому рівні проводиться евакуація постраждалих з поля бою. На цьому ж рівні проводиться попередження захворювань та профілактика не бойових травм, а також профілактуються бойові стресові ураження. Головною задачею рівня є спасіння життя постраждалого в перші хвилини після поранення, стабілізація їх стану та підготовка до подальшої евакуації на послідувачі рівні медичної допомоги. Перша допомога на базовому рівні надається у порядку само- або взаємодопомоги, частіше стрілками-санітарами, у термін до 10 хвилин з моменту отримання поранення. Такий підхід дозволяє врятувати життя постраждалого з зовнішньою кровотечею або гострим порушенням функції дихання. Аналіз ефективності надання медичної допомоги на базовому рівні медичної допомоги вказав, що медична допомога на базовому рівні у повному та неповному об'ємі найчастіше проводилась постраждалим масиву В, що було виявлено у 63,9% випадків.

Медична допомога не проводилась, або постраждалий оминув базовий етап найчастіше зустрічалось у масиві С, що було виявлено у третині випадків. Самодопомога найчастіше проводилась серед постраждалих масиву А, що було виявлено у 19,8% випадків. На рисунку 1 наведена запропонована нами уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на базовому етапі.

Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на базовому рівні надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування, знизити летальність на 9,2% та підвищило виживаємість на 12,0%.

Після транспортування постраждалих з базового рівня медичної допомоги вони доставляються на перший рівень. Медична допомога на першому рівні передбачає надання першої лікарської допомоги у медичному пункті батальна, полку або медичній роті на протязі одного часу після поранення. Перша лікарська допомога повинна відповідати стандартам надання первинної медичної допомоги у мирний час.

На першому рівні медичної допомоги виконуються комплекс міроприємств, направлених на збереження життя і здоров'я поранених. Серед найбільш важливих можна виділити профілактику шоку, попередження розвитку ранової інфекції, боротьба з наслідками бойових уражень, що несуть пряму загрозу життю постраждалих, надання екстреної медичної допомоги і підготовка до подальшої евакуації. Проведений аналіз адекватності медичної допомоги на першому рівні вказав, що на I рівні медичної допомоги у вигляді невідкладних та скорочених міроприємств, медична допомога найчастіше проводилась постраждалим масиву А, де вона проводилась 60,3% постраждалих. В неповному об'ємі медична допомога найчастіше також проводилась постраждалим масиву А, де це було виявлено у 23,0% випадків. У масиві В виявлено найбільше постраждалих, яким медична допомога на I рівні або не проводилась або цей рівень був пропущений, що було виявлено у 35,2% випадків. Проведений аналіз адекватності медичної допомоги на першому етапі вказав, що на I етапі медичної евакуації у вигляді невідкладних та скорочених міроприємств, медична допомога найчастіше проводилась постраждалим масиву А, де вона проводилась 60,3% постраждалих.

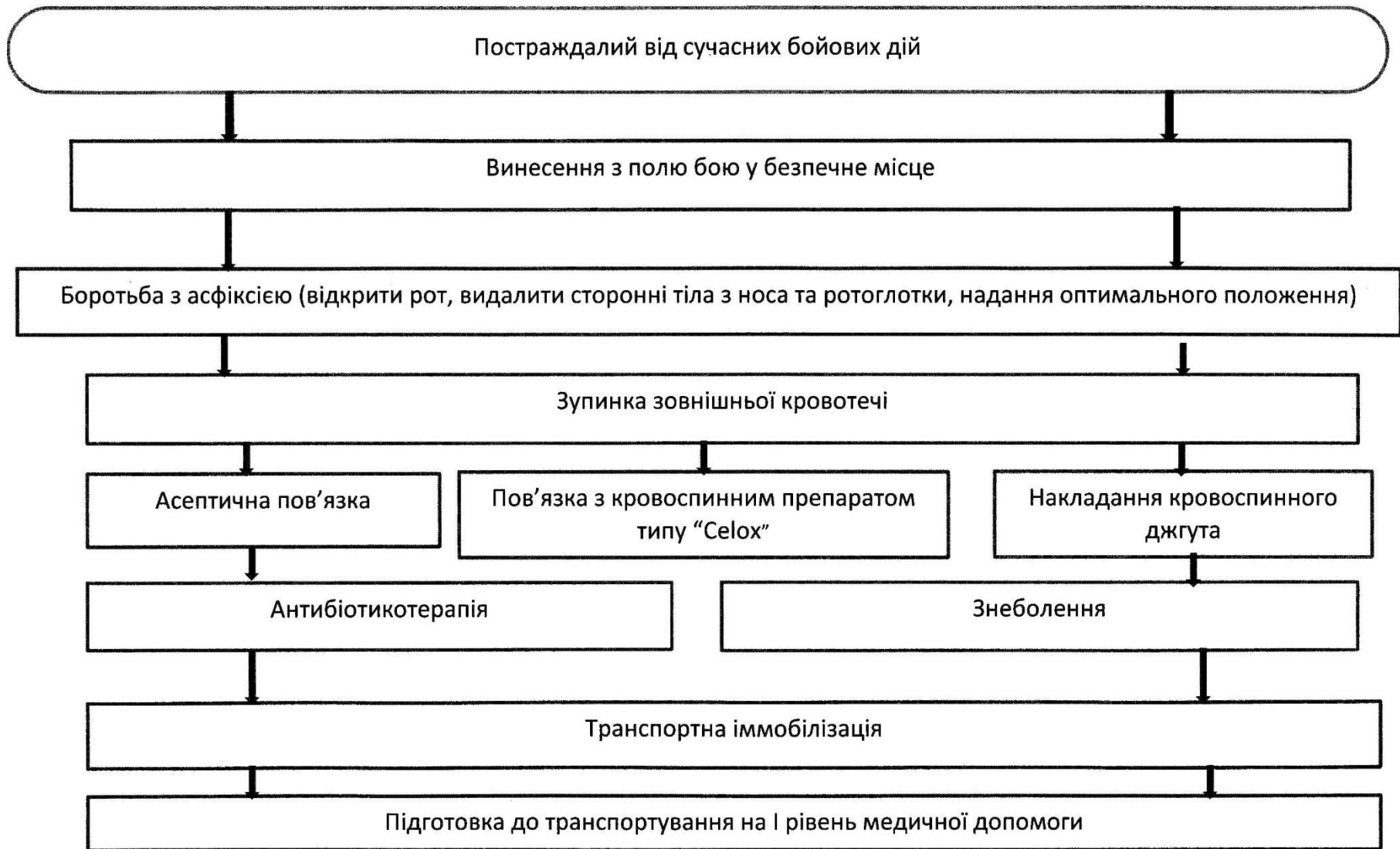


Рис.1. Уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на базовому рівні.

В неповному об'ємі медична допомога найчастіше також проводилась постраждалим масиву А, де це було виявлено у 23,0% випадків. У масиві В виявлено найбільше постраждалих, яким медична допомога на I рівні або не проводилась або цей рівень був пропущений, що було виявлено у 35,2% випадків.

На рис. 2 наведена запропонована нами уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на першому етапі. Використання даної схеми дозволило знизити летальність на 8,5% та підвищити виживаємість на 10,7%.

Медична допомога пораненим від сучасних бойових дій на II рівні включає в себе надання кваліфікованої медичної допомоги по невідкладним показам в медичній роті або мобільному госпіталі лікарями спеціалістами на протязі 4-6 годин після поранення. До основних задач II рівня віднесені:

1. евакуація на себе та сортування поранених і хворих;
2. реанімація, стабілізація стану тих постраждалих, які потребують подальшої евакуації;
3. лікування поранених і хворих з нетривалими строками відновлення боєздатності;
4. регламентований рівень хірургічної допомоги з ціллю збереження життя постраждалого;
5. виконання лабораторних, рентгенологічних досліджень, переливання крові та кровозамінників;
6. підготовка до медичної евакуації на III рівень медичної допомоги.

Другий рівень медичної (хірургічної) допомоги включає комплекс заходів, в тому числі. хірургічних втручань, спрямованих на збереження життя і здоров'я пораненого (травмованого), попередження розвитку і лікування ускладнень механічного, термічного, радіаційного характеру, а також комбінованих ушкоджень. Створення сприятливих умов для якнайшвидшого видужання або спеціалізованого лікування, а також підготовка до подальшої евакуації. Проведений аналіз ефективності надання медичної допомоги пораненим від сучасних бойових дій на етапі кваліфікованої медичної допомоги вказав, що невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги найчастіше проводились у постраждалих масиву А, що було виявлено у 15,1% випадків. Невідкладні та термінові заходи кваліфікованої медичної допомоги також найчастіше проводились у постраждалих масиву А, що було виявлено у половині випадків. Повний об'єм невідкладної, термінової та відстроченої кваліфікованої медичної допомоги найчастіше надавався постраждалим масиву С, що спостерігалось у 34,1% випадків. Кваліфікована медична допомога у неповному об'ємі найчастіше проводилась постраждалим масиву С, що було зареєстровано у 17,8% випадків. Кваліфікована медична допомога не проводилась, або поранений оминув II етап медичної допомоги було зареєстровано у приблизно однаковому відсотку випадків (17-18%) у постраждалих як масиву В так і масиву С.

На рис. 3 наведена уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на другому рівні. Використання даної схеми дозволило знизити летальність на 9,0% та підвищити виживаємість на 11,1%.

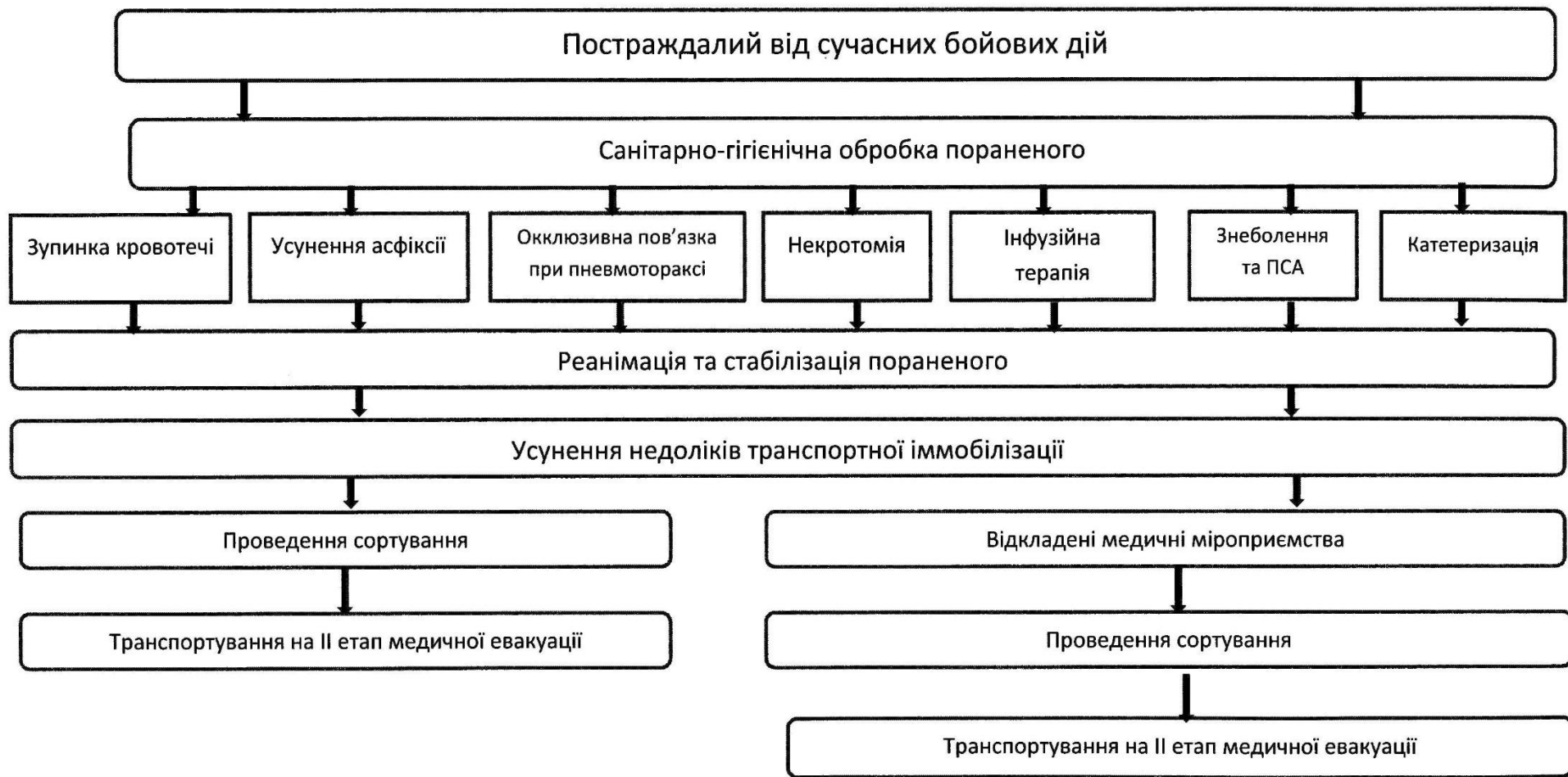


Рис. 2. Уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на першому рівні медичної допомоги.

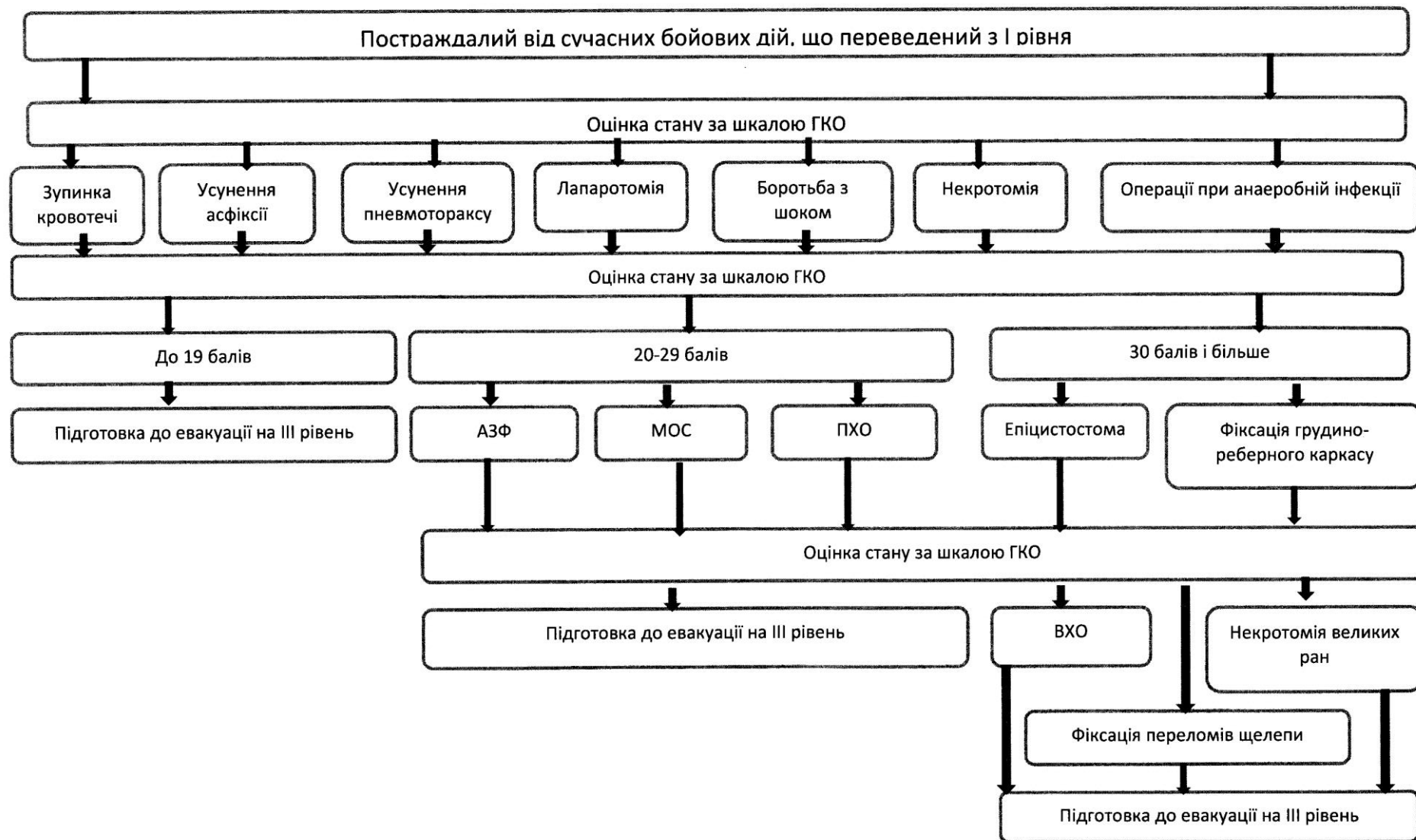


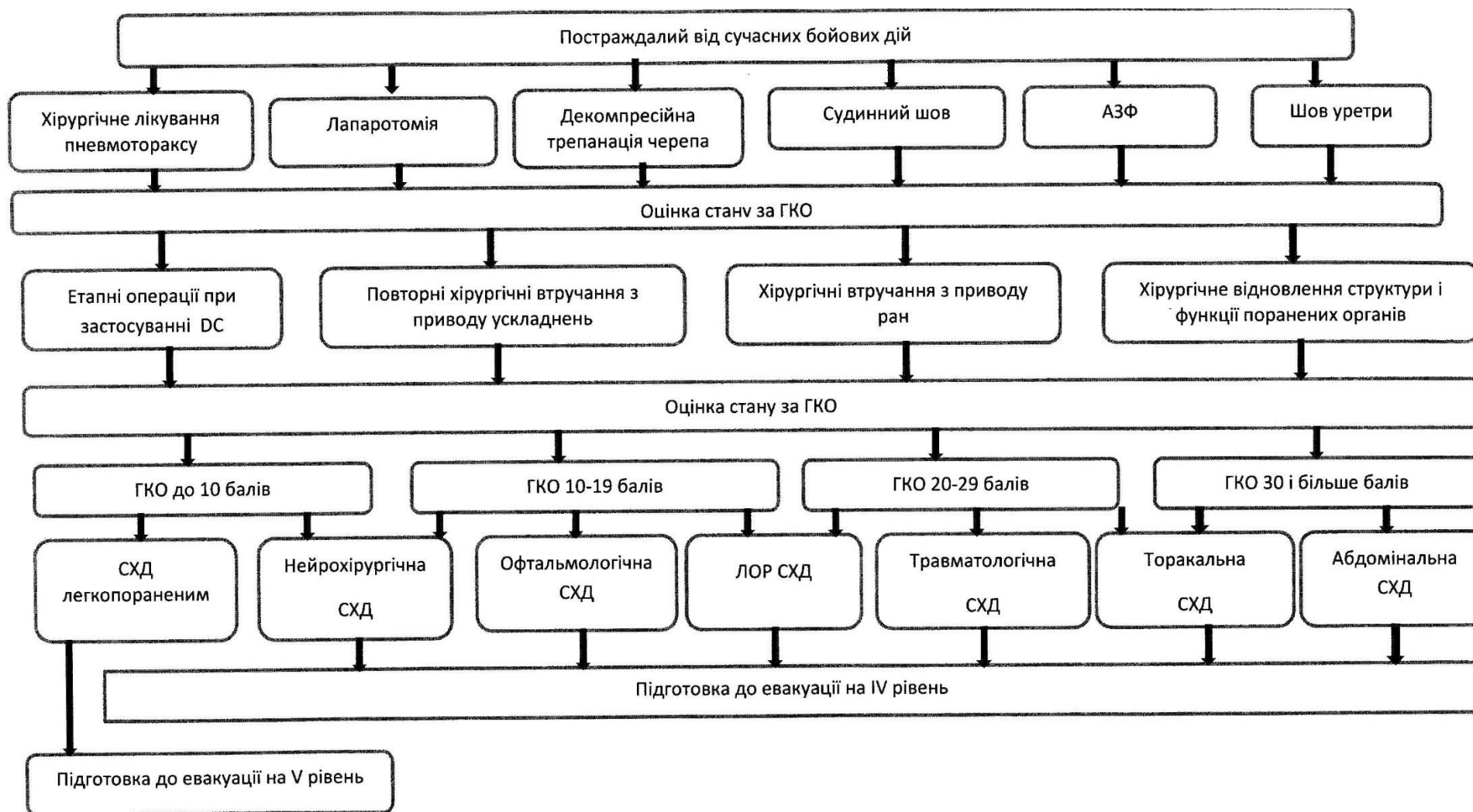
Рис. 3. Уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на другому рівні медичної допомоги.

Медична допомога на III рівні медичної допомоги включає в себе комплекс діагностичних, реанімаційних, хірургічних і реабілітаційних заходів, які спрямовані на остаточну ліквідацію наслідків травми. Проводиться лікарями фахівцями хірургічного профілю з наявністю спеціального діагностичного обладнання. Заходи медичної допомоги на III рівні медичної допомоги пораненим від сучасних бойових дій проводяться у мінімальному (III а – 10%) та у повному (III а+б) обсязі.

Спеціалізованої хірургічної допомоги насамперед потребують тяжкопоранені з множинними поєднаними і комбінованими травмами, проникаючими пораненнями і закритими травмами черепа і головного мозку, хребта і спинного мозку, грудної клітки і живота, з ознаками важкої дихальної недостатності і масивної крововтрати, важкими травмами таза і тазових органів, переломами довгих трубчастих кісток кінцівок і пошкодженнями магістральних судин.

Для визначення структури спеціалізованої хірургічної допомоги на III рівні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій нами був проведений аналіз, який вказав, що найбільше постраждалих на III рівні медичної допомоги отримують спеціалізовану травматологічну допомогу, де їх кількість сягає 36,1% випадків. Після надання спеціалізованої медичної допомоги легкопораненим вони оминають етап високоспеціалізованої медичної допомоги і потрапляють зразу на етап реабілітації. Після надання спеціалізованої медичної допомоги на III рівні, постраждалі з травматологічною, нейрохірургічною, отоларингологічною, торакальною, абдомінальною, судинною травмою концентрувались на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги. Аналіз розподілу невідкладних оперативних втручань на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, що серед невідкладних оперативних втручань лідирують операції направлені на усунення внутрішньої кровотечі, а саме ревізія нервово-судинних пучків та лапаротомія, що разом були виконані у 48,6% постраждалих. Проведений аналіз термінових оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, що найчастіше виконувались термінові операції на м'яких тканинах, серед яких видалення стороннього тіла (кулі, осколка), ПХО ран та операції при термічних опіках, що разом склали 73,1% всіх термінових операцій. Операції на черепі, що включали у себе трепанацію черепа та енуклеацію ока виконувались у 13,5% випадків; Ампутації кінцівок виконувались у такому ж відсотку як і операції на черепі. Аналіз відтермінованих оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, що у 96,8% випадків проводились операції на кістках скелета і лише 3,2% на кістках черепа. Основним оперативним втручанням був позавогнищевий остеосинтез в АЗФ, що було виконано більш ніж у половині випадків. Компресійно-дистракційний остеосинтез за Ілізаровим був проведений у 35,1% випадків, а внутрішній остеосинтез пластинами лише у 12,9% випадків.

На рис. 4 наведена уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на третьому рівні. Використання даної схеми дозволило знизити летальність на 7,7% та підвищити виживаємість на 9,8%.



15

Рис. 4. Уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на третьому рівні медичної допомоги.

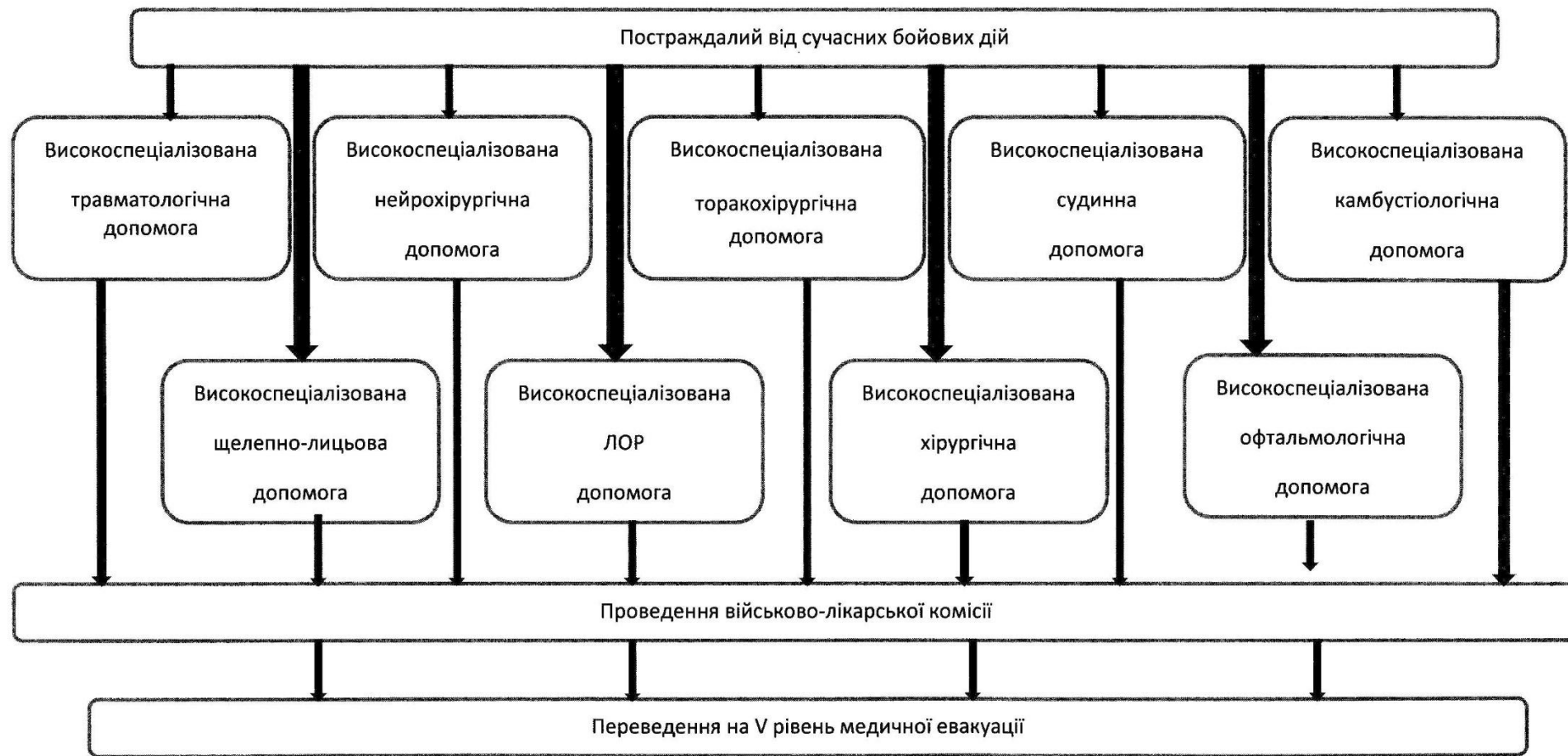


Рис. 5. Уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на четвертому рівні медичної допомоги.

Аналіз планових оперативних втручань у постраждалих від сучасних бойових дій на етапі спеціалізованої медичної допомоги вказав, що серед планових оперативних втручань превалював БІОС кінцівок, що виконувався у 36,1% випадків, дещо менше, у 32,6% випадків виконувався внутрішній остеосинтез. Операції направлені на лікування інфекційних ускладнень виконувались у 21,3% випадків.

На рис. 5 наведена запропонована нами уніфікована протокольна схема медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на четвертому рівні медичної допомоги.

Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на четвертому етапі медичної евакуації постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування дозволило знизити летальність на 10,2% та підвищити виживаємість на 13,3%.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення і нові вирішення науково-практичного завдання, що полягає у підвищенні ефективності надання медичної допомоги постраждалому від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації і дозволили знизити летальність та підвищити виживаємість постраждалих цієї категорії.

1. Клініко-епідеміологічна характеристика постраждалих від сучасних бойових дій вказала, що найчастіше від сучасних бойових дій страждають особи молодого працездатного віку від 20 до 60 років, що було виявлено у 91,5% випадків, з мінно-вибуховою травмою та вогнепальними пораненнями, які були виявлені у 36,5% і 21,4% постраждалих відповідно, солдати, як контрактної, мобілізаційної та строкової служби, які виявлялись у 59,5% випадків;

2. Клініко-нозологічна характеристика постраждалих від сучасних бойових дій вказала, що на етапі кваліфікованої медичної допомоги концентруються постраждалі зі струсом головного мозку (39,6%), пораненнями шиї (16,7%), непроникаючими пораненнями грудної клітки (35,1%), непроникаючими пораненнями живота (34,4%), поранення передпліччя (26,8%) та поранення колінного суглобу (9,5%), на етапі спеціалізованої медичної допомоги концентруються постраждалі з пошкодженнями лицьового черепа (40,0%), гемопневмотораксом (23,1%), пораненнями печінки (13,1%), плеча (27,0%) гомілки (41,0%), на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги концентрувались постраждалі з забоем головного мозку (17,4%), проникаючими пораненнями грудної клітки (19,2%), проникаючі поранення живота (25,0%), ключиці (6,8%), стегна (34,9%).

3. Проведена клінічна характеристика етапів медичної евакуації у постраждалих від сучасних бойових дій вказала, що на етап кваліфікованої медичної допомоги постраждалі доставлялись у терміни до 6 годин (47,8%), їм найчастіше проводилась ПХО рани (38,4%), на етап спеціалізованої медичної допомоги доставлялись у терміни 1-3 доби (39,1%), серед невідкладних оперативних втручань найчастіше проводилось ревізія нервово-судинного пучка (28,6%), серед термінових оперативних втручань – видалення стороннього тіла (39,0%), серед відтермінованих оперативних втручань – накладання АЗФ на гомілку (21,0%) планових оперативних

втручань – БІОС гомілки (22,5%). На етап високоспеціалізованої медичної допомоги найчастіше постраждали доставлялись у терміни 4-6 діб (34,1%) де їм найчастіше проводилась ВХО ран (38,5%);

4. Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на базовому рівні надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування та знизило летальність на 9,2% та підвищило виживаємість на 12,0%.

5. Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на першому рівні надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування дозволило знизити летальність на 8,5% та підвищити виживаємість на 10,7%.

6. Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на другому рівні надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування дозволило знизити летальність на 8,0% та підвищити виживаємість на 11,1%.

7. Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на третьому рівні надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування дозволило знизити летальність на 7,7% та підвищити виживаємість на 9,8%.

8. Розроблена та впроваджена система надання медичної допомоги на четвертому рівні надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій дозволила покращити результати лікування дозволило знизити летальність на 10,2% та підвищити виживаємість на 13,3%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Розроблені клініко-організаційні та медико-технологічні заходи сприяють оптимізації процесів надання медичної допомоги постраждалим в результаті сучасних бойових дій, зниженню рівня летальності, інвалідизації та підвищенню виживаності постраждалих цієї категорії.

2. Розроблені та впроваджені науково обґрунтовані протокольні схеми надання медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій на етапах медичної евакуації можуть лягти в основу сучасного протоколу надання медичної допомоги постраждалих від сучасних бойових дій а також бути основою медичної доктрини ЗСУ України.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Фомін О.О., Фоміна Н.С., Асланян С.А., Марцинковський І.П., Трохіменко В.Б., Шеремета Т.С., Кондратюк В.М. Ефективність місцевого лікування вогнепальних ран. Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник наукових праць Української військово-медичної академії. 2016. Вип. 46. С.211-217. *(Здобувач приймав участь у лікуванні поранених, провів статистичну обробку матеріалу)*

2. Гур'єв С.О., Кравцов Д. І., Марцинковський І.П., Ордатій А.В., Герасименко О.С. Забезпечення спадкоємності етапів надання медичної допомоги внаслідок бойових дій в зоні АТО. Проблеми військової охорони здоров'я. Збірник

наукових праць Української військово-медичної академії. 2017. Вип. 48. С. 146-152. *(Здобувач самостійно пролікував постраждалих з мінно-вибуховою травмою кінцівок на етапах медичної допомоги, зібрав клінічний матеріал дослідження, написав висновки)*

3. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Марцинковський І.П. Вакуум-активна терапія у комплексному лікуванні постраждалих із вогнепальними пораненнями. Травма. 2017. №5. Т.18. С.83-86. *(Здобувач самостійно пролікував постраждалих від сучасних бойових дій)*

4. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Марцинковський І.П. Сучасний стан проблеми хірургічної допомоги військовослужбовцям внаслідок сучасних бойових дій на етапах медичної допомоги. Biomedical and biosocial anthropology. 2017. №29. С. 228-232. *(Здобувач приймав участь у розробці дизайну дослідження, зборі клінічного матеріалу, написанні висновків)*

5. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Марцинковський І.П., Ордатій А.В. Особливості лікувально-діагностичної тактики у постраждалих з мінно-вибуховою травмою кінцівок на базовому та першому рівні медичної допомоги. Хірургія Донбасу. 2018. №2.Т7. С.25-33. *(Здобувач самостійно пролікував пацієнтів, що приймали участь у дослідженні, приймав участь у написанні статті)*

6. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Марцинковський І.П., Ордатій А.В. Лікувально-діагностичної тактики у постраждалих з поєднаною мінно-вибуховою травмою кінцівок на другому рівні медичної допомоги в зоні дії Операції об'єднаних сил. Військова медицина України. 2018. №4. Т18. С.9-14. *(Здобувач самостійно розробив доповнення до лікувально-діагностичної тактики, розробив дизайн дослідження)*

7. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Панасенко С.І., Марцинковський І.П., Філь А.Ю. Клінічна характеристика пошкоджень поясу нижньої кінцівки у постраждалих в результаті сучасних бойових дій. Світ медицини та біології. 2020. №1. (71) С. 40-44. DOI 10.26724/2079-8334-2020-1-71-40-44. *(Здобувач самостійно пролікував поранених, що приймали участь у дослідженні, написав висновки)*

Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дисертації:

8. Guryev Sergiy, Tanasienko Pavlo, Marzinkovskiy Igor, Lysun Dmitro, Ordatiy Anatoliy Clinical and nosological characteristics of victims of mine-explosive injuries obtained during hostilities The 39 SICOT Orthopedic World Congress in Montreal, Canada from 10-13.10.2018. Abstract 5108, p.441

9. Марцинковський І.П., Ордатій А.В., Богущ Г.Л. Досвід використання вакуум-терапії при комплексному лікуванні вогнепальних ран / «Сучасні аспекти військової медицини» Збірник наукових праць Національного військово-медичного клінічного центру. 2016. Вип. 23. С 40-41. *(Здобувач визначив мету та дизайн дослідження).*

10. Гур'єв С., Ордатій А., Марцинковський І. Забезпечення спадкоємності етапів надання медичної допомоги постраждалим в зоні АТО. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Екстрена медична допомога. Діяльність служби медицини катастроф у зоні АТО», 31 травня 2017 року.

11. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Ордатій А.В, Марцинковський І.П. Лікувально-діагностична тактика у постраждалих з сучасною бойовою травмою кінцівок в залежності від рівня надання медичної допомоги Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання травматології та остеосинтезу», 18-19 квітня 2019 року. Вінниця.

12. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Марцинковський І.П., Ордатій А.В. Можливості VAC-терапії у комплексному лікуванні гнійних ран. Матеріали науково-практичної конференції присвяченої 95-річчю проф. Є.Т. Скляренко, 20 грудня 2019 р.

АНОТАЦІЯ

Марцинковський І.П. Наукове обґрунтування обсягу та характеру хірургічної допомоги військовослужбовцям внаслідок сучасних бойових дій на етапах медичної допомоги. _- На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.03 - хірургія (медицина). - Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України. Вінниця, 2020.

На початку третього тисячоліття Україна, її громадяни та армія виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави, що має ознаки гібридної війни та включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності. Мета роботи: Зменшити летальність на етапах медичної евакуації постраждалих від сучасних бойових дій шляхом створення та впровадження адекватної й ефективної системи клініко-організаційних та медико-технологічних заходів на етапах медичної евакуації. Клініко-епідеміологічна характеристика постраждалих від сучасних бойових дій вказала, що найчастіше від сучасних бойових дій страждають особи молодого працездатного віку від 20 до 60 років. Клініко-нозологічна характеристика постраждалих від сучасних бойових дій вказала, що на етапі кваліфікованої медичної допомоги концентруються постраждалі зі струсом головного мозку (39,6%), пораненнями шиї (16,7%), непроникаючими пораненнями грудної клітки (35,1%), непроникаючими пораненнями живота (34,4%), поранення передпліччя (26,8%) та поранення колінного суглобу (9,5%), на етапі спеціалізованої медичної допомоги концентруються постраждалі з пошкодженнями лицьового черепа (40,0%), гемопневмотораксом (23,1%), пораненнями печінки (13,1%), плеча (27,0%) гомілки (41,0%), на етапі високоспеціалізованої медичної допомоги концентрувались постраждалі з забоєм головного мозку (17,4%), проникаючими пораненнями грудної клітки (19,2%), проникаючі поранення живота (25,0%), ключиці (6,8%), стегна (34,9%). Розроблені та впроваджені системи надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації дозволило знизити летальність на базовому рівні на 9,2%, на першому рівні на 8,5%, другому рівні на 8,0%, третьому рівні на 7,7%, четвертому рівні на 10,2%.

Ключові слова: постраждалі від сучасних бойових дій, рівень медичної допомоги, етап медичної евакуації, поранені.

АННОТАЦИЯ

Марцинковский И.П. Научное обоснование объема и характера хирургической помощи военнослужащим в результате современных боевых действий на этапах медицинской помощи. - На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 - хирургия (медицина). - Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ Украины. Винница, 2020.

В начале третьего тысячелетия Украина, ее граждане и армия оказались втянутыми в вооруженный конфликт на территории собственного государства, имеющего признаки гибридной войны и включает в себя открытые боевые действия разной интенсивности. Целью работы было уменьшить летальность на этапах медицинской эвакуации пострадавших от современных боевых действий путем создания и внедрения адекватной и эффективной системы клинко-организационных и медико-технологических мероприятий на этапах медицинской эвакуации. Клинико-эпидемиологическая характеристика пострадавших от современных боевых действий указала, что чаще всего от современных боевых действий страдают лица молодого трудоспособного возраста от 20 до 60 лет. Клинико-нозологическая характеристика пострадавших от современных боевых действий указала, что на этапе квалифицированной медицинской помощи концентрируются пострадавшие с сотрясением головного мозга (39,6%), ранениями шеи (16,7%), непроникающими ранениями грудной клетки (35,1%), непроникающими ранениями живота (34,4%), ранения предплечья (26,8%) и ранения коленного сустава (9,5%), на этапе специализированной медицинской помощи концентрируются пострадавшие с повреждениями лицевого черепа (40,0%), гемопневмотораксом (23,1%), ранениями печени (13,1%), плеча (27,0%) голени (41,0%), на этапе высокоспециализированной медицинской помощи концентрировались пострадавшие с ушибом головного мозга (17,4%), проникающими ранениями грудной клетки (19,2%), проникающие ранения живота (25,0%), ключицы (6,8%), бедра (34,9%). Разработаны и внедрены системы оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации позволило снизить летальность на базовом уровне на 9,2%, на первом уровне на 8,5%, втором уровне на 8,0%, на третьем уровне на 7,7%, четвертом уровне на 10,2%.

Ключевые слова: пострадавшие от современных боевых действий, уровень медицинской помощи, этап медицинской эвакуации, раненые.

SUMMARY

Martsinkovsky I.P. Scientific substantiation of the volume and nature of surgical care for military personnel as a result of modern combat operations in the stages of medical care. - As manuscript.

Dissertation for the degree of Candidate of Medical Sciences (Doctor of Philosophy) in specialty 14.01.03 - surgery (medicine). - National Pirogov Memorial Medical University, Ministry of Health of Ukraine. Vinnytsya, 2020.

At the beginning of the third millennium, Ukraine, its citizens, and the army found themselves embroiled in an armed conflict on the territory of their own state, characterized

by hybrid warfare and involving open fighting of varying intensity. Purpose: To reduce lethality at the stages of medical evacuation of victims of modern combat operations by creating and implementing an adequate and effective system of clinical, organizational and medical-technological measures at the stages of medical evacuation. Clinical and epidemiological characteristics of the victims of modern combat operations indicated that most of the modern combat operations are affected by persons of young working age from 20 to 60 years. The clinical and nosological characteristics of the victims of modern combat operations indicated that at the stage of qualified medical care the victims with concussion (39.6%), neck injuries (16.7%), non-penetrating chest wounds (35.1%) concentrate. non-penetrating abdominal wounds (34.4%), forearm wounds (26.8%) and knee joint injuries (9.5%), at the stage of specialized medical care the victims with facial skull injuries (40.0%), hemopneumothorax (23) concentrate , 1%), liver injuries (13,1%), shoulder (27,0%) of the shin (4 1,0%), during the stage of highly specialized medical care, the victims with brain slaughter (17,4%), penetrating wounds of the chest (19,2%), penetrating wounds of the abdomen (25,0%), clavicles (6,8) %), thighs (34.9%). Developed and implemented a system of medical care at the basic stage of providing medical assistance to victims of modern combat operations has improved the results of treatment and reduced mortality by 9.2% and increased survival by 12.0%. Developed and implemented system of providing medical assistance in the first stage of providing medical assistance to the victims of modern warfare allowed to improve the results of treatment, reduced mortality by 8.5% and improved survival by 10.7%. The developed and implemented system of providing medical assistance in the second stage of providing medical assistance to the victims of modern warfare allowed to improve the results of treatment allowed to reduce the mortality by 8.0% and increase the survival by 11.1%. The developed and implemented system of providing medical assistance in the third stage of providing medical assistance to the victims of modern warfare allowed to improve the results of treatment allowed to reduce the mortality rate by 7.7% and increase the survival rate by 9.8%. The developed and implemented system of providing medical assistance at the fourth stage of providing medical assistance to the victims of modern warfare has allowed to improve the results of treatment has allowed to reduce mortality by 10.2% and increase the survival rate by 13.3%.

Keywords: victims of modern combat operations, level of medical assistance, stage of medical evacuation, wounded.

Підписано до друку 04.09.2020 р. Замовл. № 191.
Формат 60х90 1/16 Ум. друк. арк. 0,9 Друк офсетний.
Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Пирогова, 56.

