

ДОСВІД НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПОЛІ БОЮ Й ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ БІЙЦІВ В УМОВАХ ІЗ РІЗКИМ ОБМЕЖЕННЯМ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Запитання до інтерв'ю 17.11.14 підготував доц. Максим Миколайович ПИЛИПЕНКО
(запитання позначено ініціалами М.П.).

Відповіді надавав лікар-анестезіолог з вищою кваліфікаційною категорією Київської міської
клінічної лікарні швидкої медичної допомоги Дмитро Володимирович КЛИМЕНКО (Д.К.)

М.П.: Як довго ви перебували в зоні АТО і які бойові дії вів у той час підрозділ, у якому ви перебували?

Д.К.: Понад 2 місяці наш підрозділ утримував (обороняв) один із стратегічних об'єктів, з них майже півтора місяця ми були повністю оточені чи частково заблоковані (відбувалася обмежена доставка нам боеприпасів, медикаментів та продуктів, проте ми не могли евакуювати поранених та вбитих). Найчастіше нас обстрілювали реактивними снарядами («Град») і зі стрілецької зброї. Прямий вогневий контакт з ворогом відбувався нечасто. Основною особливістю нашої ситуації було те, що 3 лікарі мали тривалий час забезпечувати надання допомоги пораненим в автономному режимі і в умовах вираженого дефіциту обладнання та медикаментозних засобів, а також без можливості проводити евакуацію тяжкопоранених.

Біль у поранених, больовий шок, знеболювання

М.П.: У якій частки поранених спостерігається виражена (клінічно значима) еректильна фаза шоку? При яких пораненнях вона найбільш виражена?

Д.К.: Військовослужбовці екіпіруються бронезилями. Еректильна фаза шоку може бути найчастіше при відриві кінцівки, а інші поранення кінцівки більш легкі. Ми спостерігали тільки 1 випадок з 15 при ушкодженнях «Градом». При цьому кінцівка трималася на м'яких тканинах, і її треба було ампутувати. Якщо нема наркозу, то треба відрізати на болю, тому це призводить до такого стану. На жаль, джгут ефективно накладають не з першого разу — присуття суета, і є потреба в першочерговому знеболюванні. Найголовніше при обстрілі «Градами» — зуміти сховатися в укриття. Якщо не зуміли, то відразу будуть загиблі й тяжкі ушкодження, які викликають такий стан шоку.

М.П.: Чи відмічалась залежність між характерологічними особливостями (психотипом) бійця

і наявністю/відсутністю психомоторного збудження після поранення?

Д.К.: Як і в мирному житті, у когось більший поріг чутливості, у когось менший. Військові такі ж люди, як і цивільні, просто вони потрапили в екстремальні умови.

М.П.: З урахуванням характеру травми кінцівок і вираженості болю наскільки важлива доступність опіоїдів на полі бою?

Д.К.: Чисті опіоїди не важливі на полі бою. Агоніст-антагоністів достатньо, щоб знеболити.

М.П.: З урахуванням характеру травми кінцівок і вираженості болю наскільки важлива доступність агоніст-антагоністів на полі бою? Оцініть, будь-ласка, за десятибальною шкалою.

Д.К.: Важливість агоніст-антагоністів — 10!

М.П.: Які засоби для знеболювання повинні бути на етапі транспортування до лікарні?

Д.К.: Якщо транспортування йде по захопленій території (території, яку контролює противник), боєць ще йде зі зброєю і при потребі повинен себе захистити. До того ж у багатьох випадках до останнього невідомо, скільки треба чекати евакуації (буває, що й тиждень). Тому в бійців, які мають поранення помірної тяжкості, перевагу надають знеболюючим засобам, що мінімально пригнічують свідомість, таким як агоніст-антагоністи.

М.П.: Чи є альтернатива опіоїдам для знеболювання при пораненнях на догоспітальному етапі? Наприклад, нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ)?

Д.К.: НПЗЗ значно поступаються при знеболюванні поранених агоніст-антагоністам. Наприклад, при травматичній ампутації буторфанолу вистачає на 3 год, а кеторолаку — лише на 30 хв. З іншого боку, НПЗЗ важливі для лікування больових синдромів нетравматичного генезу. Наприклад, постійне носіння бронь-

жилетів та інших тяжких предметів супроводжується виникненням у багатьох бійців болів у спині (радикулярного синдрому), болями в плечах щодо. У таких випадках ми користувалися препаратами типу диклофенаку й німесуліді (не тільки таблетки, а й мазі).

Знеболювати потрібно 100 % тих, хто просить про знеболювання. А в тих, хто втрачає свідомість, потрібно з'ясовувати, від чого вони втрачають свідомість. У нас був поранений, який підірвався на фугасі¹, йому ввели декілька доз агоніст-антагоністів протягом короткого терміну. От хто його бачив, кожен йому ввів буторфанол (сумарно 4 дози). А потім ще й 2 дози налбуфіну. Коли хворий почав «загружатися» (знижувався рівень свідомості), то не одразу було відомо, від чого. Хоча в цьому випадку була черепно-мозкова травма (ЧМТ) і, ймовірно, удар мозку, бо боець був без каски, і коли його відкинуло вибуховою хвилею, він вдарився головою об машину. Проте на фоні багатократного введення препаратів діагностувати чистоту клініки удару вже було неможливо. Хворого вдалося відправити в лікарню, він був прооперований (із приводу якої гематоми, точно невідомо), йому видалили око, і він був в комі, але вижив.

М.П.: Тобто можна підтвердити те, що говорив ще проф. А.І. Тріщинський: опіюди (чи агоніст-антагоністи) корисні практично всім пораненим, окрім тих, хто має ЧМТ, бо при цьому є нюанси і щодо діагностики, і щодо можливого пригнічення дихання та вторинної внутрішньочерепної гіпертензії?

Д.К.: Якщо боець в касці, то там нюансів діагностики небагато... Якщо наявний осколок, то там буде якась вогнищевість. Тобто агоніст-антагоністи — це добрий вибір.

М.П.: А от за кордоном за останні кілька років при травмі активно застосовують кетамін. Його включили в усі військові лікарські розкладки, і він доступний у деяких цивільних бригадах швидкої медичної допомоги, які лікують травми. Зараз вважають, що введення від 0,5 до 1 мл кетаміну є найсучаснішим методом знеболювання. З урахуванням всіх «за» та «проти» на якому етапі він повинен бути доступний?

Д.К.: Кетамін повинен бути на госпітальному етапі, й використовувати його має лікар-анестезіолог чи лікар-хірург. В іншому разі у вільний від військових дій час піхота може застосовувати його не за призначенням. Тобто кетамін повинен бути лише в медпрацівника, який знає, що 0,5–1 мл достатньо для короткочасного вимкнення свідомості.

М.П.: З урахуванням відсутності на етапі надання першої лікарської допомоги істинних опіюдних агоністів наскільки важливою була б

¹ Фугас — це заряд вибухової речовини, що закладається в землі на невеликій глибині, підривається раптово, при цьому ціл уражується ударною хвилею та продуктами вибуху.

доступність кетаміну на етапі проведення ПХО рани?

Д.К.: На 10 з 10. Якщо б в нас був кетамін, ми б ампутували ноги без крику! Звичайно, це було б краще. Свідомість потрібно було вимикати. А так знайшли лише промедол, агоніст-антагоністи і на крику ампутували ногу.

М.П.: Підсумовуючи сказане, відзначте, чи була у вас вирішена проблема із знеболюванням поранених?

Д.К.: У нас вона була вирішена, оскільки нам вдалося взяти з собою достатню кількість знеболюючого — у середньому по 2–3 дози на кожного бійця. Тому навіть якщо евакуація бійця може значно затримуватись і він потребує застосування більшої кількості ін'єкцій, то при потребі цей препарат може бути йому введений його бойовим побратимом. Такі випадки, коли поранені відразу всі бійці, які виходять на блокпост, малоімовірні, тому обгрунтований саме такий розрахунок препаратів.

М.П.: Місцеві анестетики потрібні на догоспітальному етапі?

Д.К.: Не завжди може бути час для проведення інфільтраційної анестезії. Так, у нас при першому ж обстрілі «Градом» з'явилося 14 поранених, при другому — ще 15 поранених. Коли велика кількість щойно поранених потребують перев'язки, то краще застосувати бупренорфін. Поступово робота лікаря перетворюється на цілий день перев'язок — 30–40 хворих зі старими ранами. При несвіжих ранах виражений біль відмічається далеко не у всіх бійців, таким вже достатньо таблетованих знеболюючих. Перев'язки часто проводять на відкритому просторі, тому що в приміщеннях далеко не завжди чистіше, оскільки в приміщеннях постійно щось вибухало. Але проблеми з гігієною були значимі: не вистачало води, бійці спали чи в ямах, чи на землі, а постільна білизна взагалі була відсутня. З огляду на ці оставини місцева анестезія не набула широкого застосування. Тому потреби в місцевих анестетиках є (і знеболити, і розвести антибіотик), але вони не такі значні. Оптимальним можна було б вважати лідокаїн в ампулах 2% і 10%.

Крововтрата, гемостаз, інфузійна терапія

М.П.: Який принцип поповнення препаратів? Наприклад, щомісяця чи після завершення бойової операції?

Д.К.: Поповнювати необхідно в міру витрат знеболюючих препаратів. Теж саме стосується й індивідуальних перев'язувальних пакетів (ІПП) та джгутів. Тобто в кожного повинні бути по 2 знеболюючі препарати, 2 ІПП та джгути. ІПП вставляється вприклад і прив'язується джутом. До речі, резинові джгути радянського типу на сонці й на морозі псуються — і у відповідальний момент рвуться. Слід підкреслити, що допомогу пораненому надають саме тими ІПП та джутом, які є у нього (передусім тими, що на автоматі). Якщо автомат відлетів чи таке інше, то в по-

раненого повинен бути другий джгут десь на бронезилеті.

М.П.: Наскільки важлива інфузійна терапія при бойових пораненнях на догоспітальному етапі? Наскільки це залежить від можливих термінів проведення евакуаційних заходів?

Інфузійна терапія дуже важлива. Якщо є змога лити — треба лити. Не так важливо, що лити, якщо є сольові розчини — треба лити. Якщо є крохмаль, можна й крохмаль. Не так важливо, скільки постраждалий після цього пролежить — добу чи дві. Якщо пацієнта з крововтратою з поля бою машиною евакуюють відразу до авіаційного транспорту, то вже в машині потрібно поставити катетер венфлон і відновлювати об'єм циркулюючої крові. Якщо хтось володіє технікою венепункції, то треба ставити катетер і капати все, що є.

М.П.: Якщо в якомусь ізольованому підрозділі з певних причин немає можливості ані евакуювати поранених, ані проводити їм інфузійну терапію, то наскільки може бути ефективним ентеральне введення рідини?

Д.К.: Поїти треба. Якщо, наприклад, в умовах східного фронту є дефіцит рідини, то слід використовувати будь-яку можливість приготувати чай з цукром, з медом (які входять до складу сухпайка). Хоча приготувати окріп — це часто вже складне завдання (на передньому краї для цього часто треба розпалити вогнище).

М.П.: А протипоказання, наприклад поранення в живіт?

Д.К.: Якщо військовослужбовець дотримувався правил й був у бронезилеті, то це вже запорука запобігання проникаючій торакальній та абдомінальній травмі. Чим вищий ступінь захисту в бронезилеті, тим більше ділянок тіла він захищає (і шию, і пах). Далі вже простіше, залишаються кінцівки, на які можна накласти джгут. Кевларова каска теж тримає і осколок, і пістолетну кулю. Отже, якщо всі заходи безпеки виконуються, то ймовірність внутрішньої кровотечі та поранення травного каналу низькі, тобто поранених можна і слід поїти.

М.П.: На якому етапі повинні бути доступні в/в катетери? Чи варто навчати солдатів їх встановленню? Чи варто давати їх лише санінструктору?

Д.К.: У кожного санінструктора повинні бути катетери, крапельниця й пластикові флакони. Навіть можна кожному з бійців видавати по 1 катетеру та флакону (якщо в підрозділі є той, хто зможе ставити). Якщо підрозділ висувається на якесь тривале завдання, то хоча б у кожного другого мають бути катетер, крапельниця (які багато місця не займають) і флакон. Їх варто було б комплектувати разом в одну аптечку, яку б солдат не розбирав і знав, що саме в ній є найнеобхідніше для ефективної допомоги. Це дало б змогу при пораненнях і відриванні кінцівки на якусь годину-другу довше підтримувати життя в надії на вчасне надання лікарської допомоги. Необхідність наявності 1 катетера на кожного бійця (навіть якщо поранених

буде не так багато) обумовлена тим, що в польових умовах далеко не кожна спроба встановити катетер є успішною, тому багато катетерів можуть бути зіпсованими. З крапельниці можна зробити і сечовий катетер, і зонд, і трубку для поїння.

Катетери повинні бути різні. Не в усіх травмованих пацієнтів із великою крововтратою доступні товсті вени для сірих катетерів, тому повинні бути також, наприклад, зелені (18 G). До того ж нам трапилася партія дефектних сірих катетерів, коли шахта для введення препарату не витримувала й розламувалася, а звідти, бувало, текла кров.

Важливість катетера можна оцінити в 5–6 балів, оскільки необхідний ще й персонал, який вміє їх встановити.

У санінструкторів та інших медпрацівників повинні бути найбільш товсті та міцні медичні рукавички в значній кількості. Бійцям, які не виконують таких процедур, як катетеризація вен тощо, мати рукавички необов'язково, бо вони їх повикидають або можуть використовувати не за призначенням.

М.П.: Наскільки повинні бути доступні вкрай дорогі і поки що малодоступні в нас засоби для внутрішньокісткової інфузії?

Д.К.: Вони не потрібні. Це додатковий ризик інфікування, біль. Не всі поранені можуть зрозуміти, що їм роблять. Значно простіше поставити катетер у руку, приклеїти, а руку примотати до тулуба. Тоді постраждалий не зможе її зігнути, і ліки будуть капати. Солдати — молоді здорові люди, і їм, як правило, можна поставити венозний катетер.

М.П.: Якщо в кожного чи кожного другого повинен із собою бути флакон чогось, то що краще — кристалоїд чи колоїд?

Д.К.: Колоїд значно дорожчий!

М.П.: Чи має місце застосування гіпертонічних розчинів NaCl для малооб'ємної ресусцитації?

Д.К.: Тільки для обробки ран. А в/в тільки для «продвинутих» медиків, які знають, як за допомогою гіпертонічних розчинів знижувати внутрішньочерепний тиск. А в госпіталах чи в підрозділах, де є хірургічна бригада, гіпертонічний розчин обов'язково повинен бути для обробки ран. Нам двічі дуже не вистачало гіпертонічного розчину — ми обов'язково скористалися б.

М.П.: Адреналін на догоспітальному етапі?

Д.К.: Потрібний обов'язково.

Відновлення прохідності дихальних шляхів, дренажування плевральної порожнини

М.П.: Які потреби в засобах відновлення прохідності дихальних шляхів? Як розрахувати необхідну кількість ларингеальних масок, виходячи з числа особового складу підрозділу?

Д.К.: Проводити невідкладне забезпечення прохідності дихальних шляхів у бойових умовах доводи-

лось нечасто. Умови для проведення інтубації трахеї на догоспітальному етапі несприятливі, а повного набору засобів для цього в нас не було.

З ларингеальною маскою не все так просто. Добре, коли її буде використовувати добре навчений і тренований медперсонал (краще анестезіолог). В іншому випадку її будуть застосовувати всім підряд. Застосування інтубаційної трубки — теж прерогатива анестезіолога (інше питання — чи з клинком, чи без). Так, якщо діяти формально, за протоколом, то багатьом пораненим може бути показане застосування засобів підтримки прохідності дихальних шляхів (передусім повітроводів). Але якщо пораненому й так зле, то коли йому запхнуть у рот ще й повітровід, це може іноді погіршити ситуацію. Так, у нас було поранення верхньої щелепи — зламані зуби, кров. Надійшла пропозиція засунути в рот американський повітровід, щоб полегшити дихання. Я звернув увагу на те, що зараз поранений випльовує кров і зуби, а коли ми йому в рот введемо ще й сторонній предмет, то він буде подразнювати, пацієнт не зможе випльовувати, і дихання теж він може не покращити, а тому поранений буде кричати ще голосніше. Ми тоді так і не використали повітровід і вважаємо, що вчинили добре.

Кому застосовувати ларингеальні маски — це теж питання. Якщо поранений у комі, то за наявності відповідних можливостей краще інтубувати трахею. Бійці ж до бою не постануть 4 години, тому при втраті свідомості в них підвищується ризик блювання та аспірації, і маска в таких випадках не зможе захистити. Крім того, ларингеальну маску треба правильно встановити й роздути. А ті маски (типу «Айджел»), яким не потрібне роздування, значно дорожчі, і ніхто не зможе ними в достатній кількості забезпечити підрозділ. Вам скажуть, що за ці гроші краще купити буторфанол, бинти, антибіотики тощо. Якщо американська армія такими масками все-таки комплектується і є змога їх дістати як гуманітарну допомогу, то це питання слід проаналізувати глибше, натренувати персонал тощо.

М.П.: Наскільки важливі спеціальні катетери для дренивання плевральної порожнини?

Д.К.: Спеціальні засоби для дренивання дуже потрібні, хоча й у невеликій кількості, оскільки пневмоторакси в тих, хто носить бронежилети, бувають рідко. Коли військовослужбовці без потреби гуляють у розташуванні частини, ще й без бронежилета, тоді імовірність пневмотораксів різко зростає, оскільки обстріл може бути в будь-який час. У нас був 1 напружений пневмоторакс, коли вхідний отвір був дуже маленький, і тому це ускладнення було розпізнане не відразу. У цього пацієнта спроба дренивання в другому міжребер'ї двома звичайними (зеленими) катетерами не дала очікуваного результату. Тоді дренивання успішно здійснили шлунковим зондом: шкіру розрізали скальпелем (можна ножем, який є майже в кожного бійця), а трубку в плевральну порожнину просували вже пальцем. На кінці трубки за допомогою резинки сформували клапан. Тому окрім

тих спеціальних катетерів, що встановлюються в друге міжребер'я, у досвідчених медиків повинні бути й трубки (як м'якші, так жорсткіші), які можна ставити в п'яте міжребер'я.

Кількість спеціальних катетерів для дренивання плевральної порожнини напряму пов'язана з наявністю та класом бронежилетів, які носять бійці. Якщо всі бійці носять жилети високого рівня захисту, то на батальйон цілком достатнім може бути 10 катетерів для дренивання плеври. Важливо, щоб медперсонал мав ці катетери під рукою і вмів ними користуватися.

М.П.: На якому етапі повинні бути доступні антибіотики?

Д.К.: Чим раніше, тим краще. Пара десятків грамів, наприклад, цефтріаксону повинні бути, і не тільки для травмованих. Військовослужбовці нерідко хворіють на пневмонії, бронхіти, гнійно-запальні ураження шкіри (фурункульоз), пієлонефрити унаслідок загострення сечокам'яної хвороби тощо. Тому в підрозділах, що ізольовані від тилового забезпечення, антибіотики обов'язково повинні бути доступні.

М.П.: Протиправцева сироватка?

Д.К.: Протиправцева сироватка теж повинна бути. Наприклад, мені при пораненні її вводили лише через 12 год, уже в польовому госпіталі. Але зберігання протиправцевої сироватки вимагає холодильника, що теж мало де доступно.

М.П.: Засоби для дезінфекції рани?

Д.К.: Спирт давати не можна. Засоби для дезінфекції ран повинні бути забарвлені, такі, які не можна пити, — перекис водню, спиртовий розчин хлоргексидину, зеленка, стериліум. З мазей ми використовували левомеколь. Нам пощастило в тому, що ми обороняли об'єкт, на якому вже були хлоргексидин, зеленка, йод, а також багато перев'язувального матеріалу, серветки, косинки, простиралла, чиста білизна та інше. Все це було конче необхідним.

М.П.: Засоби для дезінфекції води?

Д.К.: Обов'язково потрібні засоби для знезараження води. В умовах дефіциту воду часто беруть з калюжі, з технічних ємностей.

М.П.: Ноші для евакуації. Наскільки важлива доступність на догоспітальному етапі засобів для пасивного зігрівання хворих, термовідбиваючих ковдр?

Д.К.: Стандартні 2,5-метрові ноші з брезентом надто громіздкі й непридатні для передової. Ті, що складаються, значно дорожчі й теж не можуть бути застосовані на полі бою. Тому евакуацію поранених із поля бою здійснюють на стандартних плащ-палатках. Ними можна (і практично завжди слід) накривати хворих, щоб запобігати їх переохолодженню.

Для запобігання переохолодженню поранених часто вкладають поряд один з одним і разом накривають якимись теплими речами (ковдрою, брезентом, куртками тощо). Іноді пораненого бійця евакуюють

зверху на БТР, іноді в кузові вантажівки, тоді його можуть вкривати відразу декількома речами (спальниками, бушлатами, плащ-палатками). Іноді, особливо коли обгоріло обмундирування, бійця загортають в один спальник, а в інший поміщають і застібують, і в цьому спальному мішку й здійснюють евакуацію. Але часто речей для накривання не вистачає. Сподіватися на закупівлю дорогих термоковдр, якими оснащені західні бойові підрозділи, поки що не доводиться. Тому в машині, яка проводить евакуацію з поля бою в осінньо-зимовий час, завжди слід мати кілька зайвих спальників, брезентів чи ковдр.

М.П.: У стандартній програмі огляду хворого за системою RHTL, а також у програмі догоспітальної допомоги RHTLS для того, щоб виявити всі можливі ушкодження й нічого не пропустити, постраждалого чи пораненого повністю роздягають. З одного боку, це дає змогу не пропустити невеликий вхідний отвір із боку спини, а з іншого — на це потрібно значно більше часу й це може спричинити розвиток гіпотермії. Чи доцільно це робити, і якщо так, то на якому етапі?

Д.К.: По-перше, множинні осколкові ураження бувають нечасто. А якщо бувають, то бійці частіше гинуть на місці. По-друге, бронезилет краще на полі бою не знімати (якщо він не ушкоджений). Бронезилет краще на короткий час розстігнути, провести рукою під ним, щоб перевірити, чи немає поранення, і знов застебнути. Від поранення до огляду бійця медиком вже мине певний час, і кровотеча, як правило, дозволить визначити наявність (а частіше й локалізацію) поранення. Те ж стосується й каски: зняв, оглянув і одягаю знову. Тобто на полі бою в переважній більшості випадків не слід знімати ні захист, ні обмундирування. Тому роздягання залишається для госпітального етапу.

М.П.: Наскільки забезпечені бійці джгутами? Оцініть за десятибальною шкалою.

Д.К.: Загалом на 10, але далеко не всі вони сучасні та якісні.

М.П.: Наскільки забезпечені бійці новітніми гемостатиками типу Celox? Чи варто їх застосовувати при пораненні навиліт, коли, наприклад, вихідний отвір більший, ніж вхідний?

Д.К.: На початку їх не було. Потім з'явилися декілька пакетів, у яких вже вийшов термін придатності. Їх можна застосовувати, коли, наприклад, велика рана й вирвано шматок м'язу. Ми їх не застосовували. А при пораненні навиліт вихідний отвір не набагато більший, ніж вхідний, зовсім не так, як показують у кінофільмах. В умовах ведення бою чи відразу після нього ці отвори не завжди можна знайти відразу, тому в першу чергу на рану варто накладати тиснучу пов'язку (зверху на обмундирування), ніж пробувати ввести в рану препарат типу Celox. Тобто щоб використовувати ці препарати, необхідні тренований медперсонал, час, а також захищене й добре освітлене

приміщення. Все перераховане наявне рідко. Тому частота застосування цих препаратів, а відповідно, і потреба в них не дуже високі. Наприклад, коли в мене було кульове поранення в коліно (7,62 мм), то санінструктор у першу чергу намотав 2 ІПП. Потім затягли в укриття (яму), підсвітили, і коли з'ясували, що кровотеча триває, то розцінили її як артеріальну, і тоді на стегно наклали джгут. Проте я вже не став говорити санінструктору про те, що пальці в мене були рожеві і не було парестезій, тобто тиск джгута на стегно був помірним. Через 2 години, коли я визначив, що кровотеча відсутня, я спробував зняти джгут, помацав пов'язку й переконався, що кровотеча не відновилась, джгут вже не накладав. Разом з тим коли в госпіталі під час проведення первинної хірургічної обробки (ПХО) зняли пов'язку, то досить сильна кровотеча відновилась, і її теж розцінювали як артеріальну.

М.П.: Як щодо спеціальних бинтів із гемостатиком?

Д.К.: Ці засоби могли б бути корисними при великих ранах і після ПХО рани в догоспітальних умовах і видалення куль та осколків. Тобто якщо всі встигли укритися від обстрілу, то вони не дуже потрібні. У нас пов'язок з гемостатиками не було. Думаю, що комплектація звичайними бинтами й дорогими гемостатичними може бути десь у співвідношенні 30 : 1.

М.П.: Яка тактика видалення куль та осколків у догоспітальних умовах?

Д.К.: Ефективність і безпечність видалення осколків залежить від їх локалізації (поверхнево чи глибоко) і досвіду. Поверхневі осколки наш капітан успішно видаляв плоскогобцями. А кулі, які зайшли глибоко десь між фасціями, без рентгену видаляти проблематично, і в таких випадках все, що ми робили, — це обробка вхідного й вихідного отворів та встановлення «випускника». Кожен день промивали рани антисептиками й накладали нову пов'язку. Була також травматична ампутація кінцівки, і ми повинні були відсікти м'які тканини, на яких вона утримувалась, і зробити ПХО рани.

М.П.: Наскільки важлива комплектація засобами для іммобілізації кінцівок? Комірці для іммобілізації шиї? Щити для транспортування?

Д.К.: Іммобілізація дуже важлива. На тому об'єкті, що ми захищали, була значна кількість дротових шин для іммобілізації. За нашим досвідом, із розрахунку на батальйон повинно бути два десятки довгих і два десятки коротких. Вони мають малу вагу й займають мало місця. Необов'язково, щоб було багато пневматичних шин, за ті ж кошти краще придбати більше дротових. Комірці для іммобілізації шиї не було. Їх обмеження полягає в тому, що боець буде в одному місці, а комірці — в іншому. Тому комірці повинні бути вже в машині, що забирає пораненого (де є кваліфікований медперсонал), а в підрозділі є лише санінструктори, і комірці не знадобляться.

Наприклад, бійцю, який підірвався на фугасі, ми шию фіксували пластиковими пляшками й скотчем.

Зазвичай для іммобілізації шиї ставили берці (військові боти), їх теж примотували спочатку до голови й шиї скотчем, а потім, щоб голова не хиталась, і до ношів або того, що їх заміняє, і так несли. Перший раз я показував санінструкторам, як це робити, а на другий раз вони могли це робити вже самостійно. Щитів для транспортування в нас не було. Та й дуже важко було б розрахувати їх кількість. Ми використовували двері, дошки, тин (паркан).

М.П.: Чи є потреба в коротких спеціалізованих тренінгах для санінструкторів і бійців, під час яких за два-три дні проходять практичну програму допомоги?

Д.К.: Тренінги дуже необхідні, тому що перше рішення приймає санінструктор, у якого немає медичної освіти, максимум — середня медична. Він не зможе сам так зорієнтуватися в характері ушкоджень, щоб правильно виділити пріоритет надання допомоги. Тому він просто повинен на автоматі виконати стандартну програму надання невідкладної допомоги, прив'язати, прикрутити, правильно іммобілізувати тощо.

М.П.: А хто повинен проводити тренінги — лікар, який добре розуміється на медицині й погано розуміється на бойових діях, чи професіонал у так званій тактичній медицині, який має бойовий досвід?

Д.К.: Той, хто з цим уже стикався. Так, у сусідньому підрозділі був капітан, який прямо на полі бою виймав плоскогубцями осколки. Він якраз може навчити. Той, хто це знає із книжок з досвіду поетапної евакуації, скоріше за все, не допоможе. Тому що зараз треба готувати евакуацію до найближчої галявини, а звідти на вертушці. Поетапна евакуація, як вона була розписана колись у СРСР, — зараз буде коштувати втрати рук, ніг, очей. Тобто такий буде травматизм, що не з нашим населенням. Це тільки «совок» міг пережити такі втрати й стільки інвалідів.

М.П.: Питання щодо більш пізніх етапів надання допомоги. Наприклад, у США та Великобританії все роблять, щоб наблизити надання кваліфікованої лікарської допомоги до поля бою, втілити правило золотого години. З урахуванням того, що з поля бою в нас вивозять поранених переважно автотранспортом, це займає значний час, за який хворий може декомпенсуватись. Тож на якому етапі хворому вперше повинен надати допомогу лікар-хірург загального профілю чи такі спеціалісти, як судинний хірург, травматолог, нейрохірург?

Д.К.: Розгорнути медичний пункт чи польовий госпіталь, де будуть присутні вказані спеціалісти, треба передусім за межею досяжності артилерії чи реактивної артилерії противника. Тому що під час цього конфлікту на Сході України були неодноразові обстріли українських медичних госпіталів, що вказує на нецивілізований шлях ведення бойових дій нашим супротивником. У госпіталі з бійця вже зніма-

ють бронезилет, каску, а госпіталь, що, як правило, розташовується в палатах чи автомобілях, які легко «прошиваються» з будь-якої зброї, стає беззахисним. Таким же беззахисним є і весь медперсонал, особливо перед артилерією. Судинного хірурга треба готувати довго. І ризикувати життям та здоров'ям таких спеціалістів, іншого медперсоналу, а також поранених немає сенсу.

Необхідна кількість лікарів залежить передусім від інтенсивності й характеру бойових дій. З іншого боку, при різкому збільшенні кількості поранених необхідне передусім збільшення кількості вертольотів, якими потрібно забирати поранених, а кількість лікарів особливо збільшувати потреби немає. Немає сенсу в польовому госпіталі збирати і більше лікарів, і більше поранених. Причому вертольотами бажано доставляти хворих відразу в медичні центри, що надають спеціалізовану лікарську допомогу рівня обласних клінічних лікарень.

М.П.: Стосовно трансфузії крові в тих, хто має дуже велику крововтрату й у кого шанси на виживання 50/50. У більшості розвинених країн існує така практика: як у військових, так і в цивільних госпіталях таким хворим переливають від 4 до 6 одиниць еритроцитарної маси I групи крові (1 одиниця — від 350 до 450 мл). Чи є необхідність у нас впроваджувати подібну практику при лікуванні найтяжчих пацієнтів?

Д.К.: У нас це заборонено. Тому в нас повинні бути умови для визначення групи крові й проведення суміщення крові. Щоб цей метод був доступний при лікуванні найбільш масивних кровотеч, необхідно, щоб головний хірург чи головний гематолог Міністерства оборони видав відповідне розпорядження. Наприклад, щоб головний хірург видав розпорядження, що при такій-то крововтраті можна лити стільки-то крові I групи, тоді це можна було б застосовувати.

М.П.: Залежність характеру травми від виду зброї?

Д.К.: Характер травми багато в чому визначається калібром і швидкістю польоту кулі. Так, наприклад мені пощастило, що поранення було не з крупнокаліберного кулемета 12,7 на 108 («Корд», «Утес»). Таким би відразу відірвало ногу. Він і будь-який бронезилет пробиває. Тобто при застосуванні такої зброї поранених мало — переважна більшість убитих. Разом з тим бронезилет і кевларову каску слід носити завжди — вони тримають пістолетну кулю й осколки. А так звані бронебійні кулі 5,45 є далеко не у всіх бійців противника.

М.П.: Дякуємо за вашу мужність та відвертість! Ваші відповіді, безумовно, допоможуть лікарям врятувати багато бійців, особливо тим, які будуть змушені лікувати в таких складних і неординарних умовах, у яких вам довелося захищати державу та надавати медичну допомогу.

Отримано 18.01.15 ■