

## Analysis of medical station bed usage indexes for military units of Ukrainian Armed Forces over 2001–2012

O.Yu. BULAKH, Ye.B. LOPIN, S.V. KHALIQ

**Summary.** *Based on annual medical reports (2/med), indexes of medical station bed usage for military units of Ukrainian Armed Forces have been analyzed and summarized. Additional statistical data confirming prevalence of patients referral to treatment to the military hospitals and military-medical clinical centers omitting medical stations have been presented.*

**Keywords:** *medical stations, medical station bed usage indexes, primary medical care in Armed Forces of Ukraine.*

УДК 617.001.4:355.72

## Організація спеціалізованої хірургічної допомоги пораненим у збройних конфліктах

Л.А. ГОЛИК, А.А. ШУДРАК, Р.В. ГИБАЛО,  
В.І. СТЕЛЬМАШЕНКО, М.О. ДРЮК

**Резюме.** *Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ» під час подій на Євромайдані працював як багатoproфільна лікувально-профілактична установа першого ешелону. Таким був 650-й Центральний військовий клінічний госпіталь (ЦВКГ) 40-ї Армії (м. Кабул). Проаналізовано структуру вхідного потоку постраждалих, структуру поранень і травм, структуру оперативних втручань спеціалізованої хірургічної допомоги (СХД). Оскільки відомостей про СХД пораненим в 650-му ЦВКГ не знайдено, наші результати можуть бути корисними.*

**Ключові слова:** *багатoproфільна лікувально-профілактична установа першого ешелону, спеціалізована хірургічна допомога, структура вхідного потоку.*

Досвід лікування поранених у збройних конфліктах останніх десятиліть полягає в концепції «ранньої спеціалізованої хірургічної допомоги (СХД)». Принцип концепції – максимальне наближення спеціалізованої хірургічної допомоги до пораненого [2, 3, 4]. Повною мірою правильність даного принципу підтверджується при наданні медичної допомоги постраждалим у період поточних подій на Майдані Незалежності у м. Києві.

**Метою** статті є вивчення падання СХД пораненим в сучасних збройних конфліктах, виявити особливості падання хірургічної допомоги і розробити пропозиції по її покращенню.

## Матеріали і методи

Ретроспективний аналіз падаючої хірургічної допомоги, проведений за матеріалами медичних карт стаціонарного хворого поранених, які проходили лікування в клініках (відділеннях) Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (ГВКГ), максимально наближеного до місця подій, який став перпою медичною установою (етапом), розташованою на евакуаційному напрямку (пляхах медичної евакуації).

## Результати та їх обговорення

В лютому на лікування в ГВКГ поступило 86 постраждалих внаслідок подій на Майдані Незалежності (постраждалих, яким була надана медична допомога амбулаторно та хворих, які поступили на стаціонарне лікування, не враховували).

Найбільша кількість постраждалих надійшла 18 та 20 лютого 2014 р. (відповідно 44 та 20 поранених).

Кількість усіх постраждалих, які поступили на лікування, представлена в таблиці 1.

*Таблиця 1*

**Кількість постраждалих, які поступили на лікування,  
за днями надходження**

Пошкодження	18.02.2014	19.02.2014	20.02.2014.	21.02.2014	22.02.2014	Усього
Наскрізнi поранення	9	4	5	1		19
Сліпi поранення	23	5	11		1	40
Травми	8	6	4	2		20
Опiкi	4	1				5
Мiнiю-вибуховi		2				2
УСЬОГО	44	18	20	3	1	86

Усі постраждалі були доставлені бригадами швидкої допомоги, які надали першу медичну допомогу та розпочали протишокову терапію. Період часу від отримання травми до моменту госпіталізації становив від 15 хв до 1 год.

У приймальню відділенні під керівництвом заступника начальника ГВКГ з клінічної роботи та заступника начальника ГВКГ – головного хірурга, провідні спеціалісти – хірург та терапевт, начальники клінік (відділень) проводили медичне сортування (сортувальні, хірургічні та анестезіологічні).

зіологічні бригади були сформовані заздалегідь), ресстрацію, обстеження (рентгенологічне, лабораторне – наскільки уможлививозав стац постраждалого). Далі постраждалих доставляли у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) для хірургічних та або для нейрохірургічних хворих, в операційні та перев'язочні для надання їм спеціалізованої медичної допомоги в повному обсязі.

Серед постраждалих 84 особи були чоловіки віком від 18 до 45 років. За видом травмуючого снаряду та за топоморфологічним характером травм можливо виділити (умовно) п'ять груп.

I. Постраждали з наскрізними вогнепальними (кульовими) пораненнями, 19 випадків, у тому числі:

- з пораненням правої надключичної діляшки – 1;
- з пораненням лівого надпліччя з вогнепальним переломом лівої лопатки – 1;
- з пораненням черевної порожнини та пошкодженням ободової кишки, внутрішньочеревною кровотечею – 1;
- з пораненням черевної порожнини з пошкодженням правої долі печінки та з наскрізними пораненнями нижньої третини правої плечової кістки з пошкодженням променевого нерва – 1;
- з пораненням передпліччя з пошкодженням кісток – 3;
- з пораненням м'яких тканин стегна – 3;
- з пораненням стегна з уламковим переломом середньої третини діафізу стегнової кістки зі зміщенням уламків – 1;
- з пораненням м'яких тканин гомілок – 3;
- з пораненням гомілки з багатоуламковими переломами великогомілкової та малогомілкової кісток в нижній третині зі зміщенням уламків – 2;
- з пораненням верхньої третини лівої гомілки з переломом великогомілкової кістки. Повний розрив судинно-нервового пучка лівої підколінної ямки. Шок II ст. (була виконана ампутація лівої ноги на рівні нижньої третини стегна) – 1;
- з пораненням верхньої третини лівої гомілки з багатоуламковим переломом малогомілкової кістки зі зміщенням уламків. Посттравматична невротія лівого малогомілкового нерва – 1;
- з пораненням правої стопи з багатоуламковим переломом кісток передплюсни, п'яtkової та IV плеснової кісток зі зміщенням уламків – 1.

II. Постраждали зі сліпими вогнепальними (кульовими) пораненнями, 22 випадки (при рентгенологічному обстеженні та на операціях були виявлені кулі від короткоствольного озброєння) та зі сліпими вогнепальними (дробовими) пораненнями, 18 випадків (разом – 40):

- з пораненнями в голову – 8 (один з них помер в машині швидкої допомоги), з (дробовими) пораненнями – 4;

- з поєднаними краніо-лицевими (дробовими) пораненнями з контузійною головною мозку з переломами кісток лицьового черепа та кісток скелітшия черепа – 3;

- з пораненням шиї (дробовим) – 1;

- з поєднаними пораненнями в плію та грудну клітку – 2;

- з непроникаючими пораненнями в грудну клітку – 1;

- з проникаючими пораненнями в грудну клітку – 5

- з непроникаючими пораненнями в живіт – 3;

- з проникаючими торако-абдомінальними пораненнями – 3, з них з дробовим пораненням – 1 ;

- з пораненнями в руки – 3, з цих з дробовими пораненнями – 2;

- з пораненнями в ноги – 9, з цих з дробовими пораненнями – 6.

III. Постраждали з вибуховими травмами, 2 випадки:

- з вибуховою травмою нижніх кінцівок, відкритим уламковим переломом нижньої третини правої великогомілкової кістки – 1;

- з вибуховим пораненням м'яких тканин нижніх кінцівок, множинними рвано-забійними ранами задніх поверхонь обох гомілок та лівого стегна – 1.

IV. Постраждали, які отримали тупі травми, 20 випадків:

- із закритою черепно-мозковою травмою, струсом головною мозку 7;

- з гострою акустичною травмою – 1;

- з тупими травмами та забійними ранами обличчя і волосистої частини голови – 5;

- із забійною раною задньої поверхні грудної клітки (від кулі, був в бронезилеті) – 1;

- із забоями м'яких тканин та поперекової ділянки – 2;

- із забоями м'яких тканин верхніх та нижніх кінцівок – 4.

V. Постраждали з термічними опіками обличчя, волосистої частини голови та кистей рук, 5 випадків.

Пами встановлено, що частина вогнепальних поранень значно більша в структурі усіх пошкоджень і складає 59 осіб (68,6%). Постраждалих з опіками кистей, обличчя та волосистої частини голови I, II, III А, Б ст. площею від 0,5% до 9% тіла було 5 (5,8%). Загальна структура постраждалих представлена в таблиці 2.

При аналізі структури поранень і травм по локалізації відмічено, що частина вогнепальних поранень в кінцівки складають більшість – 31 випадок (51%). Структура постраждалих по локалізації поранень представлена в таблиці 3.

Таблиця 2

## Загальна структура постраждалих

№ з/п	Вид ушкодження	Абс. число	%
1.	Вогнепальні поранення	59	68,6
2.	Міно-вибухові поранення	2	2,3
3.	Травми	20	23,3
4.	Ошки	5	5,8
	УСЬОГО	86	100

Таблиця 3

## Структура постраждалих по локалізації поранень

№ з/п	Локалізації поранення	Абс. число	%
1.	Голова	11	18,0
2.	Шия	1	1,6
3.	Грудна клітка	8	13,1
4.	Поєднані (шия + грудна клітка)	3	4,9
5.	Живіт	3	4,9
6.	Поєднані (грудна клітка – живіт)	3	4,9
7.	Поєднані (таз + нижні кінцівки)	1	1,6
8.	Кінцівки	31	51
9.	з них – верхні	6	-
10.	– нижні	25	-
	УСЬОГО	61	100

Більшість постраждалих, які поступили на лікування в ГВКТ, мали поранення легкого ступеню – 39,5%, тяжкі та вкрай тяжкі склали 36,1%.

Структура постраждалих за ступенем тяжкості представлена в табл. 4.

Таблиця 4

## Структура постраждалих за ступенем тяжкості

№ з/п	Рівень тяжкості	Абс. число	%
1.	Легкого ступеня	34	39,5
2.	Середнього ступеня	21	24,4
3.	Тяжкі	22	25,6
4.	Вкрай тяжкі	9	10,5
	УСЬОГО	86	100

У більшості частини постраждалих було ізольовані вогнепальні поранення 43 (72,9%), поодинокі поранення мали місце у 9 (15,3%), множинні поранення 0 у 7 постраждалих (11,8%).

У структурі поранень кульові вогнепальні поранення склали 67,2% (таблиця 5).

Таблиця 5

### Структура поранень за виглядом снаряда, що ранив

№ з/п	Поранення	Абс. число	%
1.	Кульове	41	67,2
2.	Дробове (1 осколкове)	18	29,5
3.	Мінно-вибухові поранення	2	3,3
	УСЬОГО	61	100

СХД була падача 57 пораненим. Таким чином, прооперовано 67,9% пацієнтів, які поступили до ГВКГ.

У роки Великої Вітчизняної війни в госпіталях госпітальних баз (передовій і тиловій госпітальних баз) середнє оперування не перевищувало 30% [1], у багатопрофільних військових госпіталях першого ешелону при подіях на Північному Кавказі воно склало – 57% [2].

Високу потребу поранених у хірургічних заходах СХД (оперування) можна пояснити тим, що лікарям-фахівцям доводилося надавати хірургічну допомогу у повному обсязі (кваліфіковану хірургічну допомогу (КХД) на попередніх етапах не проводили).

Скорочення часу від отримання травми до початку надання СХД постражданим, наявність в медичній установі (етапі), розташованому на евакуаційному напрямі (пляхах медичної евакуації) основних медичних фахівців (нейрохірурги, офтальмологи, урологи, ангіохірурги, судинні хірурги, лікарі – ЛОР, травматологи, торакальні хірурги, гінекологи, проктологи, комбустіологи, щелепно-лицеві хірурги) підвищує ефективність лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил. До таких самих висновків дійшли фахівці медичної служба Збройних сил Російської Федерації [2] та військові хірурги США, які працювали в «Госпіталях бойової підтримки» в Іраку та Афганістані [1].

Хірургами клінік (відділень) госпітально було виконано 67 операцій (без урахування повторних оперативних втручань). З них невідкладних оперативних втручань було виконано 17 (25,4% усіх оперативних втручань), термінових – 46 (68,6%) (таблиця 6).

## Структура оперативних втручань

Оперативні втручання	Абс. число	%
Невідкладні	17	25,4
Термінові	46	68,6
Відстрочені	4	6
УСЬОГО	67	100

Оперативних втручань було виконано:

- **нейрохірургами** – 3 (4,5%) (первинна хірургічна обробка ран голови);

- **офтальмологами** – 2 (3%) (первинна хірургічна обробка ран повік та очного яблука, видалення нежиттєздатних тканин склери з формуванням культі – 1, первинна хірургічна обробка ран повік – 1);

- **оториноларингологами** – 4 (6%) (цервікотомія, пластика стінки трахеї, первинна хірургічна обробка ран шиї – 1, трахеотомія – 1, правобічна гайморитомія, видалення стороннього тіла (кулі) – 1, первинна хірургічна обробка рани носу – 1);

- **щелепно-лицевими хірургами** – 4 (6%) (первинна хірургічна обробка ран обличчя, репозиція уламків та реконструкція стінок лівої орбіти, вилицевої кістки, стінок гайморової пазухи, метало остеосинтез (МОС) титановими міші-пластинами, аутодермопластика дефекту м'яких тканин лівої орбітальної ділянки – 1, первинна хірургічна обробка рани правої привушно-жувальної ділянки, видалення сторонніх тіл, репозиція та МОС відламків суглобового відростка нижньої щелепи справа – 1, первинна хірургічна обробка ран губ – 2);

- **судинними хірургами** – 5 (7,5%) (первинна хірургічна обробка рани правої надключичної ділянки, шов підключичної артерії, аутопластика (веною) пахвової артерії за Корслем – 1, первинна хірургічна обробка рани підколінної ділянки, аутовенозне стегно-підколінне шунтування за Корслем, первинна хірургічна обробка ран кінцівок, ревізія магістральних судин – 3);

- **торакальними хірургами** – 12 (17,9%) (торакотомія з приводу вогнянних поранень з ушкодженням легень – 2, торакоцентез, дренажування плевральних порожнин, первинна хірургічна обробка ран грудної клітини – 10);

- **хірургами відділення невідкладної хірургії** – 7 (10,5%) (лапаротомія, спленектомія, санация, дренажування черевної порожнини з приводу вогняного дробового проникаючого поранення грудної клітки

зліва, гемотораксу та непроникаючого поранення живота із контузійним, гідродинамічним ушкодженням селезінки, гемосперигонсума, торакоцентез, дренажування шлєвральної порожнини – 1, лапаротомія, сплєнектомія, санація, дренажування черевної порожнини з приводу вогнепального кульового торако-абдомінального поранення, ушкодження селезінки, діафрагмотомія, видалення кулі 9 мм, санація, дренажування черевної порожнини, торакоцентез, дренажування плевральної порожнини – 1, лапаротомія, ушивання ран печінки, санація, дренажування черевної порожнини з приводу вогнепального кульового торако-абдомінального поранення, ушкодження селезінки, діафрагмотомія, санація, дренажування черевної порожнини, торакоцентез, дренажування лівї шлєвральної порожнини, первинна хірургічна обробка рани грудної клітки, видалення кулі, яка знаходилась на рівні 5 ребра по лівї середньо-ключичній лінії – 1, лапаротомія, ушивання ран печінки, санація, дренажування черевної порожнини з приводу поєднаного вогнепального кульового наскрізного поранення черева з ушкодженням печінки та правого плеча з вогнепальним переломом плечової кістки, первинна хірургічна обробка ран плеча, фіксація відломків плечової кістки апаратом зовнішньої фіксації (АЗФ) – 1, лапаротомія, ушивання ран ободової кишки, санація, дренажування черевної порожнини з приводу вогнепального кульового наскрізного поранення черева з ушкодженням ободової кишки, первинна хірургічна обробка рани – 1, первинна хірургічна обробка непроникаючих ран черева, видалення кулі 9 мм – 2);

- **урологами** – 2 (1,3%) (первинна хірургічна обробка рани калитки, обох стегон – 1, первинна хірургічна обробка рани надлобкової ділянки, операція Вінкельмана справа);

- **травматологами** – 28 (43,4%) (МОС вогнепального перелому правої ключиці – 1, первинна хірургічна обробка вогнепальних ран кішцівок з переломами довгих трубчастих та губчастих кісток, фіксація уламків АЗФ та ПЧКДО – 6, первинна хірургічна обробка вогнепальних ран, видалення сторонніх тіл (кулі, дріб, уламки) – 21).

Напі результати лікування такі:

- померло двоє поранених (2,41%);
- надана відпустка за станом здоров'я одному військовослужбовцю (1,2%);
- виписані з покращенням – 2 (2,41%);
- переведені в цивільні лікувальні заклади – 4 (4,82%);
- переведені у відомчі госпіталі для подальшого доліковування, протезування, прийняття експертного рішення – 75 (89,16%).

## Висновки

1. Скорочення терміну від отримання травми (пораження) до початку надання СХД постраждалим підвищує ефективність лікувально-евакуаційного забезпечення.

2. Враховуючи характер сучасних бойових дій необхідно покращити організацію надання медичної допомоги, в тому числі і СХД, за рахунок посилення етапів медичної евакуації спеціалізованими бригадами лікарів-хірургів та лікарів-анестезіологів.

3. Висока потреба поранених в чисельних хірургічних заходах (67,9% вхідного потоку) обумовлює необхідність госпіталізації цієї категорії постраждалих до багатопрофільних лікувально-профілактичних закладів першого ешелону.

## Література

1. Гуманенко Е.К. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов // Организация и содержание специализированной хирургической помощи раненым в локальных войнах и вооруженных конфликтах. С. 220. — М. : ГЭОАР-Медиа, 2011. — С. 672.

2. Особенности оказания специализированной хирургической помощи раненым в ходе контртеррористических и миротворческих операций на Северном Кавказе / И.М. Самохвалов [и др.] // Воен.-мед. журн., — Т. 333, — № 7, июль 2012. — С. 4–9.

3. Быков И.Ю. Военная медицина России в общей системе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций и обеспечения миротворческих сил / И.Ю. Быков // Восп.-мед. журн. — 2005. — Т. 326, № 7. — С. 4–11.

4. Самохвалов И.М. Концепция многоэтапного хирургического лечения в современной хирургии поврежденных / И.М. Самохвалов [и др.] // Лечение сочетанных травм и повреждений конечностей. — М., 2008. — С. 70.

## Организация специализированной хирургической помощи раненым в вооруженных конфликтах

Л.А. ГОЛИК, А.А. ШУДРАК, Р.В. ГИБАЛО,  
В.И. СТЕЛЬМАШЕПКО, П.А. ДРЮК

**Резюме.** *Главный военно-медицинский клинический центр «ГВКГ» во время событий на Евромайдане работал как многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение первого эшелона. Таким был 650-й Центральный военный клинический госпиталь (ЦВКГ) 40-й Армии (г. Кабул). Проанализированы: структура входного потока пострадавших, структура ранений и травм, структура оперативных вмешательств специализированной хирургической помощи (СХП). Поскольку сведения по СХП раненым в 650-м ЦВКГ не найдено, наши результаты могут быть весьма полезны.*

**Ключевые слова:** *многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение первого эшелона, специализированная хирургическая помощь, структура входного потока.*

## Organization of specialized surgical care for wounded in armed conflicts

I.A. GOLYK, A.A. SCHUDRAK, R.V. GIBALO,  
V.I. STELMASCHENKO, N.A. DRJUK

**Summary.** Main military medical clinical center «MMCH» worked as a multidisciplinary health care facility of the first echelon during the Euromaidan. This was like the 650<sup>th</sup> Main Military Hospital (MMH) of the 40<sup>th</sup> Army (city of Kabul). We analyzed: the structure of the input stream of victims, the structure of wounds and injuries, and the structure of specialized surgical care. Since there were no data found about specialized surgical care for wounded at the 650<sup>th</sup> MMH, our results may be useful enough.

**Keywords:** multidisciplinary health care facility of the first echelon, specialized surgical care, the structure of the input stream.

УДК 616.12-008.331.1: 614.2:34

## Підвищення прихильності до лікування хворих з артеріальною гіпертензією за результатами впровадження локального протоколу медичної допомоги

Д.Д. ДЯЧУК, Г.З. МОРОЗ, І.М. ГІДЗИНСЬКА, Т.С. ЛАСИЦЯ

**Резюме.** У статті узагальнено результати дослідження прихильності до лікування пацієнтів, які були обстежені за програмою впровадження локального протоколу медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію в Державній науковій установі «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами. Частка пацієнтів з високою мотивацією до лікування через рік участі в програмі зросла з (36,7±6,2) до (68,3±6,0)% ( $p < 0,001$ ).

**Ключові слова:** прихильність до лікування, артеріальна гіпертензія.

Питання прихильності до лікування хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) набуває все більшого значення для підвищення ефективності лікування. Згідно з визначенням експертів ВООЗ, прихильність до лікування – поняття, яке характеризує, наскільки точно та послідовно пацієнт виконує надані лікарем рекомендації щодо прийому препаратів та/або модифікації способу життя. Іншими словами, прихильність – це ступінь відповідності поведінки пацієнта рекомендаціям, наданим лікарем. Результати наукових досліджень свідчать про те, що від 43 до 88% хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) не досягають цільового рівня артеріального тиску (АТ)