

Військово-медична доктрина: виважена відповідь на виклики часу



11 вересня 2014 р. у Києві відбулося чергове, перше після літньої перерви, засідання Президії Національної академії медичних наук (НАМН) України, яке майже цілком було присвячено питанням, пов'язаним із медичним забезпеченням антитерористичної операції (АТО). Зокрема було презентовано проект Військово-медичної доктрини України (далі — Доктрина), розробленої НАМН України спільно із силовими міністерствами і відомствами. Про особливості медичного забезпечення АТО, завдання і цілі Доктрини, а також про те, як відбувається координація надання медичної допомоги постраждалим та про роль НАМН України в цьому процесі ми попросили розповісти Андрія Сердюка, академіка, президента НАМН України, та Віталія Цимбалюка, академіка, віце-президента НАМН України.



— Слід зазначити, що установи НАМН України долучилися до надання медичної допомоги усім постраждалим, незалежно від того, з якого вони регіону, ще з перших днів Революції гідності. Таким чином станом на початок жовтня 2014 р. для надання фінансової допомоги щодо укріплення армії членами Президії НАМН України та співробітниками підпорядкованих установ передано благодійних внесків до Фонду розвитку української армії на суму 811 652 грн. 61 коп.

Фахівцями Національного центру радіаційної медицини НАМН України та Міжнародної організації екологічної медицини закуплено та передано Національній гвардії України:

- 20 сучасних захисних комплектів (бронезилетів 5-го класу та кевларових касок виробництва Ізраїлю);
- тепловізор 3-го покоління (виробництва США) вартістю 152 тис. грн.;
- комплекс польовий радіотехнічний захищеного зв'язку з 9 терміналами вартістю 152 тис. грн.;
- модернізовано 6 снайперських гвинтівков «Рекорд-1».

Спільно з керівниками центральних органів виконавчої влади, силових структур та медичних служб із метою визначення стратегії та основних напрямів розвитку медичного забезпечення Збройних Сил України, інших військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення, цивільного населення у воєнний час та під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного і соціального характеру підготовлено проект Указу Президента України «Про Військово-медичну доктрину України», який передано на розгляд Голови Держави.

Президією НАМН України підготовлено та підписано угоди про співпрацю між Академією та Управліннями медичного забезпечення Міністерства внутрішніх справ (МВС) України, Службою безпеки України (СБУ) та Міністерством оборони України щодо надання високоспеціалізованої високотехнологічної медичної допо-

моги співробітникам вищезазначених відомств.

Згідно з наказами президента НАМН України, для своєчасного реагування та прийняття управлінських рішень створено постійно діючий оперативний штаб при Президії НАМН України на чолі з віце-президентом НАМН України.

У кожній науковій установі НАМН України (яка має клініки) створено:

- необхідний запас медикаментів, хірургічного інструментарію, витратних матеріалів;
- по дві мобільні високоспеціалізовані бригади за профілем установи.

Узагальнюється та урхоується досвід клінік НАМН України, які постійно працюють щодо надання медичної допомоги постраждалим під час соціально-політичних подій на Майдані Незалежності та в сучасних умовах АТО.

Також за період АТО в медичних закладах НАМН України медичну допомогу станом на 23.10.2014 р. надано 15 204 мешканцям Донецької та Луганської областей і кількість їх постійно зростає.

У подальшому, враховуючи те, що в основному всі поранені концентруються у військових госпіталях, а в АТО беруть участь співробітники СБУ, МВС, прикордонники, у яких є свої відомчі госпіталі, працівники Академії почали співпрацювати з усіма цими госпіталями, і всі провідні співробітники стали консультантами цих госпіталів. Згодом було створено постійно діючу роботу під головуванням віце-президента НАМН України академіка В.І. Цимбалюка, до складу якої увійшли:

- академік Д.І. Заболотний — ДУ «Інститут отоларингології імені О.С. Коломійченка НАМН України» (отоларингологія);
- член-кореспондент НАМН України С.О. Возіанов — ДУ «Інститут урології НАМН України» (урологія);
- член-кореспондент НАМН України Н.В. Пасечникова — ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії імені В.П. Філатова НАМН України» (офтальмологія);

- професор С.С. Страфун — ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» (травматологія та ортопедія);
- професор М.С. Опанасенко — ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології НАМН України» (торакальна хірургія);
- доктор медичних наук В.В. Попов — ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України» (серцево-судинна хірургія);
- доктор медичних наук О.Ю. Усенко — ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України» (абдомінальна хірургія);
- доктор медичних наук П.І. Нікульников — ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України» (судинна хірургія).

Ці спеціалісти підключаються до надання медичної допомоги у найскладніших випадках, коли є необхідність проводити консилиуми — при комбінованих травмах, ураженнях багатьох ділянок тіла тощо. Адже майже всі вогнепальні ушкодження закінчуються нагноєнням, вираженим болювим синдромом, остеомієлітом, ураженням судин, нервів тощо, і це потребує виваженого, індивідуального підходу до кожного конкретного пацієнта із участю фахівців різних спеціальностей. Залучення таких консультативних груп дозволяє вирішити багато проблем силами вітчизняної медицини і уникнути високоартісного лікування за кордоном.

— Чи є якась специфіка уражень, поранень?

— Проаналізувавши наявні поранення, можна зробити висновок, що переважають так звані осколкові, мінно-вибухові ушкодження, при яких вражається багато ділянок тіла (поєднані поранення). Друга особливість — застосування кевларових касок і бронезилетів у багатьох випадках рятує голову і грудну клітку від ураження, і на перший план виступають ушкодження кінцівок. За попередніми даними це близько 70% постраждалих.

Специфіка в тому, що, по-перше, необхідно вміти дуже швидко накласти при першій допомозі джгут, по-друге — такого пацієнта по можливості необхідно швидко госпіталізувати, оскільки, якщо вдається відновити кровопостачання, то відпадає необхідність ампутації. А далі, коли все це зроблено, виникають такі проблеми, як остеомієліт, ушкодження кісток та особливі пошкодження нервів, яке супроводжується тяжкими больовими синдромами: ампутаційно-больовим, каузалогічним і фантомно-больовим. У перспективі цих пацієнтів необхідно реоперувати, у кращому випадку — зшити нерви кінець у кінець, у гіршому — робити автопластику, невротизацію, і не виключено, що цілу гаму оперативних втручань, щоб боротися із цими больовими синдромами.

Так само і черепно-мозкова травма, після якої виникають такі післятравматичні порушення, як епілепсія, водянка мозку, нориці, нагноєння і абсцеси головного мозку тощо, вже не кажучи про психологічні, психіатричні, дієнцезальні ураження, які потребують подальшого серйозного лікування. З цією метою запропоновано програму, згідно з якою, якщо військові госпіталі зробили свою роботу, а саме — рана зажила і не було нагноєння, таких пацієнтів на долікування направляти в академічні інститути. У цьому напрямку проведена дуже велика робота, кожен інститут визначив нозологічні одиниці, ускладнення і наслідки, за якими він може надавати висококваліфіковану, високоспеціалізовану медичну допомогу, перелік оперативних втручань, які можуть виконуватися, ці дані були передані у групу при Адміністрації Президента, якою керує радник Президента України з гуманітарних питань Ольга Богомолець, а також були розіслані по всіх госпіталях, які надають медичну допомогу постраждалим в зоні АТО.

До речі, мінно-вибухові ушкодження викликають не тільки контузію, а й розриви барабанних перетинок, ушкодження слухового апарату, люди залишаються глухими і теж потребують лікування. Академія може, окрім близько 3 тис. хірургічних ліжок, надати ще й терапевтичні ліжка після, скажімо, ушкодження грудної клітки тощо. Ми пропонуємо використовувати так званий єдиний медичний простір, який включає: надання першої допомоги на всіх цих етапах, далі — госпітальну ланку, клінічні інститути НАМН України і наступний етап — реабілітацію.

Саме реабілітація є важливою проблемою: реабілітація не лише медикаментозна, а й фізична, адаптація до нових умов життя, нових можливостей організму, як жити з цим у соціумі. І дуже важливий момент — це ефективна психічна, психологічна реабілітація. Аналіз наслідків останніх локальних конфліктів у світі показав, що 50% поранених мають психічні та психологічні проблеми, 25–30% тих, хто брали участь у будь-яких військових діях, також мають такі проблеми. Молоді люди дезорієнтовані, не можуть спати, відмов-

ляються від їжі тощо. Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (Харків) саме закінчує розробку методичних рекомендацій щодо надання такої допомоги, установа готова надати більше 300 ліжок для лікування цих пацієнтів. Відповідне відділення створене і в Головному військово-медичному клінічному ордену Червоної Зірки центрі «Головний військовий клінічний госпіталь».

— *Що можна сказати з приводу Доктрини?*

— Військово-медична доктрина України, одним з ініціаторів створення якої стало керівництво НАМН України, це документ, до створення якого були запрошені провідні спеціалісти усіх заінтересованих відомств — Міністерства оборони України, СБУ, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України, МВС України. Серед них були люди із бойовим досвідом, що надзвичайно важливо, адже у колишньому СРСР така доктрина була створена ще до початку війни, а зараз ми вступили у період бойових дій.

— *Де зараз у державі приймаються рішення щодо організації надання медичної допомоги постраждалим в зоні АТО?*

— Представники оперативного штабу НАМН України співпрацюють, перш за все, з оперативним штабом при Міністерстві охорони здоров'я України. Також створено групу під керівництвом народного депутата України Святослава Ханенка, яка багато зробила для забезпечення бійців повноцінними аптечками. І найбільш ефективна, на нашу думку, є вищезазвана група при Адміністрації Президента України, очолювана О. Богомолець. Усі питання, які розглядаються цією групою, оперативно вирішуються. Її склад динамічно змінюється, напрацьовуються конкретні протокольні доручення, і дуже швидко, через кілька днів, завдання починають виконуватися. Так і має відбуватися у військовий період.

— *На скільки військові та представники інших відомств чуять пропозиції Академії?*

— До нас почали звертатися не відразу. Справа в тому, що госпітальна база, яка зараз є в Україні, повністю справляється з існуючим потоком поранених. Проте особливості війни з терористами, в яких немає звичних для нас моральних цінностей, ставлять перед нами нові виклики. Адже для успішної допомоги пораненим одним із основних моментів є ефективна робота санітарної авіації та санітарного транспорту, яка ускладнюється особливостями сучасного ведення війни. Тому виникло багато проблем із транспортуванням. Ті постраждалі, які вже потрапляють у госпіталі, отримують медичну допомогу на найвищому рівні, до них запрошуються консультанти тощо. І місць у госпіталях вистачає, для поранених створено належні умови. Проте є вузькопрофільні оперативні втручання і технології, які необхідні пораненим на певних етапах, і якими володіють виключно спеціалісти академічних установ. Тоді вони запрошують нас.

— *Чи потребуватиме це додаткових коштів?*

— Так, звичайно, додаткові кошти необхідні. Проте, по-перше, як вже зазначалося, створено певний запас необхідних лікарських засобів та виробів медичного призначення в академічних інститутах. По-друге — суттєву допомогу надають волонтери — це унікальні люди, які швидко реагують і забезпечують усім необхідним.

Результати аналізу статистичних даних щодо втрат за наявний період свідчать про те, що 70% поранених гинуть від крововтрати. Скажімо, при ушкодженнях головного мозку людина втрачає свідомість і надати допомогу собі або звернутися за допомогою вона не може. Адже війна зараз ведеться не стільки особовим складом, а за рахунок високих технологій, особливо важких варіантів озброєнь, артилерійських, ракетних тощо. Наприклад, під час мінометного залпу людина отримує черепно-мозкову травму із втратою свідомості та в цей же момент — пошкодження кінцівки з ураженням якоїсь судини. Пацієнт без свідомості надати самопомоги не може. Санінструктор чи медсестра в умовах безперервних обстрілів одразу підійти також не можуть. Тобто такі особливості ведення війни. Наступний етап втрати — це етап евакуації.

— *Які основні моменти надання медичної допомоги передбачені в Доктрині?*

— Документом передбачено три етапи. Перш за все має бути золота хвилина, коли надається самопоміч або допомога з боку санінструктора, взаємодопомога. Якщо в цю хвилину накласти джгут, зупинити кровотечу, шанс вижити у пораненого є. Проте під час шквальних обстрілів ця золота хвилина часто втрачається. Далі — золота година, надання допомоги медичним працівником, лікарем чи фельдшером. У подальшому необхідно надати допомогу в ідеалі на третинному, чи хоча б на вторинному рівні, тобто високоспеціалізовану або спеціалізовану, протягом 4–6 год. Такі ушкодження, як пневмо-, гемоторакс, епідуральні гематоми тощо, потребують ургентних операцій у цей період. Необроблена рана з кулею починаючи з 6-ї години спричиняє гнійні ускладнення, які негативно впливають на загальний стан хворого і подальший прогноз.

Слід зазначити, що досвід війн другої половини ХХ ст. свідчить, що нейрохірургічних пацієнтів після надання першої допомоги, бажано за участю медичних працівників, слід одразу dopravляти на третій рівень, у спеціалізований нейрохірургічний стаціонар, де є необхідне анестезіологічне забезпечення, можливість проведення комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії.

— *Охарактеризуйте, будь ласка, Доктрину.*

— Доктрина складатиметься із кількох розділів.

1. Вступ, квінтесенцією якого є твердження про те, що виконання зазначених функцій державою в умовах воєнного стану, надзвичайних ситуацій природного, техногенного та соціального характеру потребує

об'єднання спроможності й зусиль медичних служб Збройних Сил України, інших військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення, а також цивільної системи охорони здоров'я в рамках єдиного медичного простору з основним об'єднуючим нормативно-правовим документом, яким є ця Доктрина.

2. Загальні положення, де йдеться про те, що Доктрина — це система поглядів, науково обґрунтованих принципів і єдиних організаційних вимог щодо порядку медичного забезпечення як у військовий, так і в мирний час, але у надзвичайних ситуаціях. Правовою основою Доктрини є Конституція України, закони України та інші нормативно-правові акти, проте в майбутньому можливі також зміни до діючого законодавства. Доктрина відображає положення, принципи та вимоги щодо організації медичного забезпечення військ та цивільного населення, її положення поширюються на медичне забезпечення Збройних Сил України, інших військових формувань, органів спеціального призначення як у воєнний час, так і при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.

3. Мета: об'єднання зусиль та забезпечення взаємодії всіх вищезазначених медичних служб.

4. Принципи: в основу Доктрини покладено єдині організаційні засади діяльності медичних служб, незалежно від

відомчого підпорядкування, єдине розуміння причин зниження, втрати боєздатності військовослужбовців та шляхів її підвищення, єдині погляди на профілактику, діагностику, надання медичної та психологічної допомоги, організацію медичного забезпечення та надання медичної допомоги відповідно до загальнодержавних медичних стандартів, формування необхідного резерву та постійну готовність сил і засобів медичних служб та цивільної системи охорони здоров'я, профілактичну спрямованість діяльності й територіальний принцип для медичного забезпечення.

5. Вимоги.
6. Організаційні основи.
7. Військово-політичний компонент.
8. Військово-економічний компонент.
9. Соціально-правовий компонент.
10. Інформаційний компонент.
11. Військово-медичний компонент.
12. Основні складові системи військової охорони здоров'я.
13. Організація та порядок надання медичної допомоги як в зоні військових дій, так і мирному населенню.
14. Інтеграція та управління медичним забезпеченням.
15. Повноваження та відповідальність за організацію медичного забезпечення.
16. Фінансове та ресурсне забезпечення.
17. Підготовка військово-медичних кадрів.

18. Прикінцеві положення, які визначають, що реалізація Доктрини дасть можливість створити в державі єдиний медичний простір і підвищити ефективність військової та цивільної системи охорони здоров'я, а також, що Доктрина є основою для формування нормативно-правової бази діяльності медичних служб та цивільної охорони здоров'я в частині медичного забезпечення військ, а положення Доктрини можуть уточнюватися і доповнюватися у ході реалізації державної політики. Реалізація Доктрини забезпечується Кабінетом Міністрів України та іншими органами державної влади.

На останок хотілося б зазначити, що у зв'язку із подіями, пов'язаними з АТО, одним із важливих напрямків академічних наукових досліджень буде лікування сучасних вогнепальних ушкоджень, розробка методів реабілітації, медико-психологічна і психіатрична реабілітація постраждалих.

Також маємо наголосити — клінічні заклади НАМН України готові надавати необхідну допомогу пораненим. Тож керівництво Академії закликає усіх заінтересованих осіб — звертатися за консультативною допомогою, у разі необхідності госпіталізації, реабілітації, відновного лікування тощо. Телефони гарячої лінії можна знайти на сайті: <http://www.amnu.gov.ua/>

*Олександр Устінюк,
фото автора*

Реферативна інформація

Увлечення мультимедійними пристроями асоційовано з змінами в структурі мозгу



Характерною особливістю сучасної життя є стрімке зростання використання мультимедійних пристроїв, таких як мобільні телефони, ноутбuki та планшетні комп'ютери, спроможних синхронізуватися між собою для обміну інформацією. Така надмірна медіа-мультизадачність технічних пристроїв може призводити до когнітивних, соціальних і емоційних проблем — к такому виводу в ході нового дослідження, проведеного на факультеті психології та когнітивних наук університету Суссекса (University of Sussex), Великобританія.

Результати роботи опубліковані в журналі «PLOS ONE».

Постійне використання різних медіа-мультизадачних пристроїв асоційовано зі зниженням когнітивних здібностей, підвищенням рівня тривожності, виникненням негативного соціального самопочуття та погіршенням академічної успішності у студентів та школярів. Однак до сих пор практично відсутня інформація про нейрональні процеси, асоційовані з медіа-мультизадачністю. В попередніх роботах встановлено, що під впливом різних зовнішніх факторів, одночасного використання різних функцій структура мозгу змінюється. Крім того, зміни, що відбуваються в білому та сірому речовині в корі великих півкуль, значно впливають на весь спектр когнітивних функцій. В даній роботі оцінено взаємозв'язок між зміною структури мозку та активністю використання сучасних гаджетів.

Методом функціональної магнітно-резонансної візуалізації проаналізована структура головного мозку 75 дорослих волонтерів, представивши інформацію про частоту використання мобільних телефонів, комп'ютерів, просмотра телевізора та друкованих новинних джерел. Також оцінено такі лич-

ностні характеристики учасників, як екстраверсія, доброземність, відкритість, добросовісність та невротизм.

Виявлено, що чим активніше людина користується різними медіа-пристроями, тим нижче у неї щільність сірої речовини в передній частині поясного звивини головного мозку — зоні, що бере участь у когнітивному та емоційному контролі. Крім того, встановлено наявність кореляційних зв'язків між активністю використання сучасних гаджетів та рівнем екстраверсії — підвищеного інтересу до зовнішніх подій, однак зв'язано це з зниженням щільності сірої речовини, визначити це не вдалося. Отримані результати не змінилися і після побудови моделі множинної регресії, в якій особистісні характеристики учасників брали в якості можливих факторів високого рівня медіа-мультизадачності. Можливо, це свідчить про наявність незалежних від особистісних характеристик асоціацій між використанням пристроїв та щільністю сірої речовини в передній частині поясного звивини. В ході роботи підтверджено результати попередніх досліджень про те, що надмірне використання сучасної техніки може призводити до розвитку депресії, підвищення рівня тривожності та порушенню уваги.

Отримані результати свідчать про наявність взаємозв'язку, але не про причину і наслідок. Чи часте використання сучасних гаджетів призводить до порушень в структурі головного мозку, чи люди з низькою щільністю сірої речовини більш схильні до використання подібних пристроїв — передстоїть вивчити в ході наступних досліджень.

Loh K.K., Kanai R. (2014) Higher media multi-tasking activity is associated with smaller gray-matter density in the anterior cingulate cortex. PLOS ONE, September 24 [Epub ahead of print].

Paddock C. (2014) Multitasking with media devices linked to brain changes. Medical News Today, September 26 (www.medicalnewstoday.com/articles/283059.php).

Юлія Котиківич