

УДК 614.253.52

В.В. Вороненко<sup>1</sup>, В.М. Якимець<sup>2</sup>, В.П. Печиборці<sup>3</sup>, Г.О. Слабкий<sup>4</sup>, В.В. Якимець<sup>5</sup>, М.С. Писла<sup>6</sup>

## Роль середнього медичного персоналу в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій

<sup>1</sup>ДП «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України»

<sup>2</sup>ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України»

<sup>3</sup>ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

<sup>4</sup>ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

<sup>5</sup>ТОВ «Органосін ЛТД»

<sup>6</sup>Клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я, праці і соціальної політики Республіки Молдова

**Мета.** Оцінити роль середнього медичного персоналу, в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в Україні.

**Матеріали та методи.** У дослідженні використані нормативно-правові документи держави, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань участі середнього медичного персоналу військових частин і населення в умовах сучасних воєнних конфліктів і гібридних війн та на випадки надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характеру.

**Результати.** На основі вивчення досвіду ролі середнього медичного персоналу в процесі ліквідації надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального та воєнного характеру у статті висвітлені питання його участі у II світовій війні, у війні в Афганістані та в умовах гібридної війни на сході України під час ведення бойових дій в антитерористичній операції (далі – АТО) та операції об'єднаних сил (далі – ООС).

Проведений аналіз стану участі в процесі здійснення лікувально-евакуаційних заходів у військах ООС та серед населення, яке проживає на території, прилеглої до району бойових дій – в «межах безпеки».

**Висновки.** Встановлено, що на середній медичний персонал лягає основний тягар у вирішенні завдань і проблем в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного, техногенного, соціального та воєнного характеру, тільки за активної участі та за умов високої компетентності середнього медичного персоналу створюються оптимальні передумови для ефективного вирішення нагальних потреб постраждалого населення та військ.

**Ключові слова:** роль середнього медичного персоналу, ліквідація наслідків надзвичайних ситуацій.

### Вступ

Охорона здоров'я в Україні – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Право на охорону здоров'я зведено до конституційного рангу – «Людина, її життя та здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю» [1].

У ст. 49 Конституції України визначено: «Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм».

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Забезпечення населення безоплатною, своєчасною та ефективною медичною допомогою при станах, що загрожують життю людини (екстреною медичною допомогою – ЕМД) є одним із найважливіших завдань системи охорони здоров'я будь-якої сучасної держави [2].

Розв'язання цієї проблеми для України є одним з найактуальніших завдань реформи системи охорони здоров'я в цілому. Адже наявні в Україні середні показники смертності від впливу зовнішніх причин становлять 130–135 осіб на 100 тис. населення, що у 3–5 разів вище, ніж у розвинутих європейських країнах. При цьому в Україні близько 24 % постраждалих помирають в лікарнях, а 76% – поза їх межами, на місці настання невідкладного медичного стану чи на шляху до лікарні, тоді як у розвинутих країнах 72 % постраждалих помирає в лікарнях [3]. Однією із причин такого становища є недосконала система підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги у ВНЗ [4–6].

До надання екстреної медичної допомоги допускаються фельдшери, які наवरстують недостатні практичні навички безпосередньо на робочому місці. Усе це є однією з причин, що зумовлює несвоєчасність, недостатню послідовність і водночас низьку якість екстреної медичної допомоги населенню України як у повсякденних умовах, так і у разі виникнення надзвичайних ситуацій (НС).

**Мета** – оцінити роль середнього медичного персоналу, в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій в Україні.

## Матеріали та методи

У дослідженні використані нормативно-правові документи держави, наукові публікації, матеріали науково-практичних конференцій з питань участі середнього медичного персоналу військових частин і населення в умовах сучасних воєнних конфліктів і гібридних війн та на випадки надзвичайних ситуацій техногенного, природного та соціального характеру.

## Результати дослідження та їх обговорення

На фоні бурхливого розвитку промисловості, глобального потепління у масштабі планети Земля, суттєвого погіршення економічного і соціального розвитку більшості країн світу та виникнення цілого ряду локальних воєнних конфліктів має стійку тенденцію до зростання кількості НС техногенного, природного, соціального та воєнного характеру у світі і в тому числі і в нашій країні.

За останні 10 років в результаті надзвичайних ситуацій постраждало 1,5 млрд чоловік, з них більш 700 тис. людей загинули, більш 1,4 млн отримали каліцтва, 23 млн людей залишилися без житла. Економічний збиток перевищив 1,3 трлн доларів США.

За даними доповіді Міжнародної стратегії - близько 90% НС природного характеру пов'язані зі зміною клімату, що вдвічі більше, ніж двадцять років тому.

2015 рік, який був найспекотнішим за всю історію спостережень, став ще одним підтвердженням того, що в світі почастішали природні лиха і аномальні погодні явища, які призводять до загибелі великої кількості людей і до величезних економічних втрат, йдеться в доповіді.

У 2015 р. від стихійних лих постраждали 98,6 млн осіб. 92% всіх стихійних лих стали наслідком зміни клімату, яке погіршилося природним феноменом Ель-Ніньо.

У новій доповіді наголошується, що в минулому році найбільше стихійних лих припало на п'ять країн світу: Китай, США, Індію, Філіппіни і Індонезію. У США в минулому році відбулося 22 стихійних лиха, а в Китаї – 26.

«Основний висновок цього нового дослідження в тому, що заради запобігання майбутніх загроз необхідно домагатися скорочення емісій парникових газів та вживати заходів з адаптації до зміни клімату», – заявив Спеціальний представник Генерального секретаря по зменшенню небезпеки стихійних лих Роберт Глассер.

В цілому в світі в минулому році було зареєстровано понад 30 великомасштабних засух, від яких постраждали близько 50,5 млн осіб. Багато жителів планети серйозно постраждали від повеней, які забрали життя 3310 осіб. В цілому від лих, пов'язаних з водою, в минулому році в тій чи іншій мірі постраждали 27,5 млн осіб.

Жителі Азії і Тихого океану пережили 90 штормів і 48 циклонів.

Цей рік побив усі рекорди і був найспекотнішим за всю історію спостережень за погодою. Від спеки постраждали 1,2 млн осіб, у першу чергу у Франції, Індії та Пакистані. 7346 осіб померли в результаті перегріву і сонячних ударів.

В результаті землетрусів і цунамі в минулому році загинули 9 525 осіб, в результаті зсувів – 1 369 осіб.

У свій час Організація Об'єднаних Націй створила Міжнародну стратегію зменшення небезпеки лих в якості глобальної основи для діяльності, спрямованої на забезпечення стабільності всіх товариств до впливу природних небезпек і пов'язаних з ними технологічних і екологічних катастроф в цілях зменшення людських, економічних і соціальних втрат.

У XXI столітті наріжним каменем систем охорони здоров'я залишається первинна ланка медико-санітарної допомоги. Визнання пацієнтів в якості партнерів при наданні їм допомоги і розширенням самопомоги при підтримці медичних працівників і застосування поза лікарняних рішень вимагає, щоб акцент з новою силою був зроблений на необхідності мати повноцінну первинну ланку медико-санітарної допомоги. Інноваційний розвиток первинної ланки медико-санітарної повинно включати розширення використання технологій для комунікації, підтримки прийняття рішень і дистанційного надання медико-санітарної допомоги та підтримки (наприклад, пацієнтам з хронічним захворюванням, самостійно проводять моніторинг свого стану і в режимі он-лайн обговорюють результати і дії з медичними сестрами). Велике значення має комплексне надання допомоги, при якому пацієнтам надається допомога найкращої якості, найбільш виправдана з економічної точки зору.

Пріоритетом і засобом стимулювання бригадної роботи і пом'якшення дисбалансу і дефіциту кадрів охорони здоров'я є міжпрофесійне співробітництво в галузі освіти, практики і наукових досліджень [7].

ВООЗ визнає, що саме міжпрофесійна освіта забезпечує створення умов для ефективної співпраці, яке є ключовим фактором в оптимізації навичок членів бригади, веденні випадків хвороби і в наданні більш якісних медичних послуг, що веде до поліпшення підсумкових показників здоров'я населення.

Ця стратегія передбачає коригування концепції, в рамках якої головна увага має приділятися вже не заходам по ліквідації наслідків катастрофи, а управління ризиками за рахунок включення заходів по зменшенню небезпеки лих в якості одного з компонентів в діяльність по забезпеченню сталого розвитку. Здійснення Стратегії передбачає встановлення партнерських відносин між урядами, організаціями громадянського суспільства, установами Організації Об'єднаних Націй, науковими колами, засобами масової інформації, а також іншими відповідними зацікавленими особами з числа тих, хто займається питаннями зменшення небезпеки лих.

Чотири цілі стратегії полягають в наступному:

- розширення обізнаності громадськості про заходи щодо зменшення небезпеки лих,
- забезпечення готовності державних органів займатися цими питаннями,
- сприяння створенню міждисциплінарних і міжгалузевих партнерських відносин,
- вдосконалення наукових знань про причини стихійних лих і наслідки впливу природних небезпек.

«Стратегічні напрямки зміцнення сестринського та акушерського справи в Європі для досягнення цілей політики Здоров'я-2020» являє собою технічне керівництво для держав-членів, підтримане Європейським регіональним бюро ВООЗ з метою підвищення ролі вкладу середнього медичного персоналу в досягнення цілей політики Здоров'я-2020. Цей документ являє собою рамкову основу до дій стратегічного характеру і є першим у своєму роді документом в Європейському регіоні ВООЗ.

У ньому визначено 12 цілей, чотири пріоритетних напрямки дій і чотири механізми для створення сприятливих системних умов, які забезпечують повну відповідність стратегій і практики баченню перспектив, позначеному в основах політиці Здоров'я-2020. Він допомагає державам-членам зміцнювати сестринську і акушерську справи в контексті їх власних планів.

Таблиця

**Пріоритетні напрямки дій, механізми створення сприятливих системних умов і цілей**

Напрямок дій або механізм	Мета
Пріоритетні напрямки дій	
Розширення масштабів і трансформування освіти	1. Встановити стандарт навчально-професійної освіти медичних сестер та акушерок на рівні ВНЗ з метою отримання найкращих результатів для пацієнтів і всього населення 2. Розвивати систему освіти і нормативного регулювання, яка створює можливості і забезпечує гарантії відповідності основних компетенцій медичних сестер і акушерок основним принципам політики Здоров'я-2020 3. Зміцнювати систему безперервного професійного розвитку та кар'єрного зростання
Планування і оптимізація професійної кваліфікації кадрів	4. Розробити стратегії та програми в напрямку планування кадрових ресурсів, що забезпечують достатню чисельність стійких сестринських і акушерських кадрів 5. Забезпечити зміни структури і професійно кваліфікаційного складу кадрових ресурсів, які гарантують безпеку та ефективність допомоги
Забезпечення сприятливих умов праці	6. Сприяти створенню і підтримці сприятливих умов праці
Заохочення науково-обґрунтованої практики та інновацій	7. Створити умови для формування в сестринській і акушерській справі культури науково-обґрунтованої практики 8. Розвивати, трансформувати та адаптувати роль медичних сестер і акушерок у відповідності з метою політики Здоров'я - 2020
Механізми створення сприятливих системних умов	
Нормативне регулювання	9. Добитись того, щоб визначення сестринської та акушерської справи були закріплені в законодавстві та щоб існували механізми захисту інтересів населення
Наукові дослідження	10. Створити кадровий потенціал для ведення наукових досліджень в області сестринської та акушерської справи і багатопрофільних наукових досліджень
Партнерства	11. Налагодити в суспільстві міждисциплінарне та між секторальне співробітництво та партнерства в інтересах розвитку та надання допомоги, орієнтованої на потреби і запити людей та поліпшення підсумкових показників здоров'я населення
Управління і лідерство	12. Посилити практику залучення медичних сестер та акушерок в процеси прийняття рішень, що стосуються політики охорони здоров'я та надання медичних послуг, на місцевому, державному і міжнародному рівнях

В основах європейської політики на підтримку здоров'я і благополуччя – політиці Здоров'я-2020 року – особливо підкреслюється, що середній медичний персонал відіграє ключову і все більш важливу роль в підтриманні заходів, до яких вдається товариство у відповідь на сучасні виклики у сфері охорони здоров'я, пов'язані з наступністю медичного обслуговування, захистом прав людей і еволюцією потреб у випадку охорони здоров'я.

Медсестри і акушерки – найбільший компонент кадрів охорони здоров'я. Вони постійно перебувають у

тісному контакті з великою кількістю людей різного віку і у всіх сферах послуг охорони здоров'я. Для забезпечення максимального потенціалу такого значного і важливого ресурсу в умовах постійної зміни потреб в послугах і потреб у випадку охорони здоров'я, необхідно адаптувати знання і вміння медсестер і акушерок, а також моделі надання відповідних послуг.

Діяльність під керівництвом Європейського регіонального бюро ВООЗ – наочний приклад ініціатив у

сфері сестринської справи та акушерства, яка розвивається в Регіоні досить динамічно.

Існує чимало прекрасних свідчень того, як медсестри і акушерки застосовують в своїй роботі поглиблені знання та навички, часто керуючи процесом надання послуг. Ключова концепція в політиці Здоров'я-2020 року, на якій будується зміцнення систем охорони здоров'я – це орієнтований на людину підхід до надання послуг, який передбачає, що послуги, що надаються повинні бути всеосяжними, спадкоємними, безпечними, збалансованими, відповідним етичним нормам і здатними задовольняти актуальні потреби людини.

Згідно з наявними даними, ініціативи по перетворенню послуг, в наданні яких зайняті медсестри, акушерки та фельдшери з розширеними функціями, спрямовані на вирішення безлічі серйозних проблем, таких як нечіткі або незбалансовані процеси надання допомоги, фрагментація професійних ролей, недостатня доступність і наступність допомоги, і відсутність ефективного взаємодії між секторами. З'являється все більше фактичних даних, згідно з якими нові моделі догляду та принципи роботи медсестер і акушерок дозволяють забезпечити економічно ефективні і орієнтовані на людину послуги, здатні покращувати показники здоров'я.

Роль медичних сестер, акушерок, фельдшерів та інших спеціалістів середньої ланки є очевидною і надзвичайно важливою. Завдання медичних сестер, акушерок, фельдшерів полягає насамперед в наданні медичної допомоги всім людям, які її потребують [9, 10].

У Стратегії ООН по зменшенню кількості НС визначено: «НС це суттєве порушення функціонування спільноти чи суспільства, пов'язане з масовими людськими, матеріальними, економічними або екологічними втратами, наслідки яких перевищують здатність потерпілого спільноти чи суспільства впоратися з ними, використовуючи тільки свої власні ресурси».

З медичної точки зору НС являє собою дисбаланс між можливостями системи або установ охорони здоров'я і різко збільшеною потребою в наданні медичної допомоги людям чиє здоров'я постраждало або знаходиться під загрозою в результаті впливу вражаючих факторів.

Для надзвичайних ситуацій характерно:

- надмірна кількість постраждалих;
- обмежені ресурси медичного персоналу, санітарного транспорту та медико-санітарного майна;
- гострий дефіцит часу;
- складні умови обстановки;
- необхідність надання медичної допомоги великій кількості постраждалих в стислі терміни;
- докорінні зміни тактики надання екстреної медичної допомоги у порівнянні з тією, що використовується в повсякденній діяльності;
- принципова схема медичної допомоги при НС і лихах;
- додаткові вимоги до медичного персоналу, в т.ч. до середнього, який залучається до надання екстреної медичної допомоги при НС;

- теоретичні знання та практичні навички надання екстреної медичної допомоги;

- стійкість до підвищених, а іноді і надмірних, фізичних і психоемоційних навантажень;

- знання та навички управління масовою кількістю постраждалих.

В умовах НС з масовою кількістю постраждалих виникає нагальна необхідність і потреба в одночасному наданні медичної допомоги всім постраждалим у повному обсязі, що практично нереально. В цій ситуації особливої актуальності набуває перш за все проведення медичного сортування із залученням досвідченого середнього медичного персоналу.

Класична система медичного сортування з використанням колірних показників:

- постраждалі з важкими ушкодженнями, які супроводжуються швидко наростаючими небезпечними для життя розладами основних життєво важливих функцій організму і потребують допомоги за невідкладним життєвими показаннями - червоного кольору.

- постраждалі з важкими і середньої тяжкості поврежденнями, що не представляють безпосередньої загрози для життя, допомога яким надається в 2-у чергу чи вона може бути відстрочена – жовтого кольору.

- постраждалі з легкими ушкодженнями, які потребують амбулаторного лікування – зеленого кольору.

- загиблі і постраждалі з вкрай важкими, несумісними з життям ушкодженнями, а також знаходяться в термінальному стані (агональному), які потребують тільки в симптоматичного лікування – чорного кольору.

При цьому за участі середнього медичного персоналу повинен витримуватися

#### **Алгоритми медичного сортування.**

Послідовність дій яка дозволяє персоналу без медичної освіти провести швидку сортування постраждалих з використанням простих методів оцінки їх стану, керуючись, як правило, 4 основними критеріями:

- здатність потерпілого самостійно пересуватися,
- рівень його свідомості,
- стан дихання,
- стан кровообігу.

#### **Алгоритми медичного сортування :**

START, JumpStart , SALT , Triage Sieve, Care Flight Triage, Sacco Triage Method, Pediatric Tape Triage , MASS Triage SAVE, CESIRA, Tramin.

#### **START – Здатність рухатися.**

Якщо, проаналізувати стан справ в Україні, то у нас середні медичні працівники - найчисельніша ланка спеціалістів охорони здоров'я, яка об'єднує понад 460 тис. медичних сестер, акушерок, фельдшерів, помічників санітарних лікарів, лаборантів, фармацевтів, зубних техніків та інших молодших спеціалістів, які працюють в лікувально-профілактичних закладах [8].

Фельдшер (від німецького Feld (поле), Feldscher – польовий лікар) – фахівець з середньою медичною освітою, який має право встановлювати у відсутності лікаря діагноз і проводити самостійне лікування.

Медична сестра - фахівець з середньою медичною освітою, яка працює під керівництвом лікаря або фельдшера, виконуючи їх призначення.

В деяких розвинених країнах до середнього медичного персоналу належать парамедики.

Парамедик (від англійського Para-medic) – фахівець з середньою медичною освітою або без нього, але пройшов спеціальну підготовку і володіє навичками надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, що працює як правило в службі екстреної медичної допомоги, аварійно-рятувальних та військових підрозділах.

В системі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф станом на 01 січня 2018 р. екстрену медичну допомогу в Україні надають 2941 бригада (в 2016 р. – 2945 бригаад (- 4) з них:

- лікарських загальнопрофільних – 972, що становить 33%, (в 2016 році – 997 (34%);
- спеціалізованих – 119, що становить 4%, (в 2016 р. – 136 (5 %).
- фельдшерських – 1850, що становить 63%, (в 2016 р. – 1812 (61%);

Кількість посад за штатним розписом 51619 (у 2016 р. – 52102), з них:

- лікарів – 7727(14,9%), (2016 р. – 7868,75 (15%);
- молодших спеціалістів з медичною освітою – 22 220 (43%), (2016 р. – 18 759,75 (42%);
- фельдшери та медичні сестри 19319 (37%), (2016 р. – 18760 (36%);
- молодший медичний персонал – 5796 (11%), (2016 р. – 5852 (11%).
- інший персонал – 15875 (31%), (2016 р. – 16458,75 (32%);
- водії – 11952 (23%), (2016 р. – 12498 (24%)

Укомплектованість працівників системи екстреної медичної допомоги в 2017 році складає **81%** (в 2016 р. – 88,8%), з них:

- лікарі – 62,% (2016 р. – 77%);
- молодші спеціалісти з медичною освітою – 86%, (2016 р. – 92%);
- фельдшери та медичні сестри 83,5%, (2016 р. – 92%);
- молодший медичний персонал – 84%, (2016 р. – 89%);
- інший персонал – 82%, (2016 р. – 91%).
- водії – 85%, (2016 р. – 93%) [18].

Таким чином, якщо проаналізувати означені показники, то 63% від загальної кількості бригад екстреної медичної допомоги складають фельдшерські бригади, водночас насторожує відсоток укомплектованості цих бригад, який з кожним роком має стійку тенденцію до зниження і складає 83,5%.

Особливої актуальності питання ролі середнього медичного персоналу набирає в процесі збереження здоров'я та життя бійців та населення в умовах гібридної війни на Сході України, що є найважливішим завданням системи охорони здоров'я держави. Питання щодо лікування, реабілітації та зменшення смертності поранених бійців на полі бою потребують першочергового вирішення. Своєчасне та якісне надання медичної

допомоги в багатьох випадках допомагає зберегти життя потерпілого, сприяє відновленню його боєздатності й працездатності. У цьому велику роль відіграє середній медичний персонал та безпосередньо весь особовий склад військ. Це означає, що кожен із вояків, незалежно від звання, має вміти і знати як забезпечити само- та взаємодопомогу на полі бою у разі поранення.

Минуло вже понад двадцять дев'ять років від часу, коли українські вояки брали участь у великомасштабних бойових діях.

Афганська війна (1979–1989 рр.) забрала життя 3280 українців. Отримали поранення понад 8 тис. вихідців з України. Стали інвалідами 3560 осіб. Нині, коли на сході України триває антитерористична операція, де гинуть і отримують поранення наші бійці, на часі пригадати досвід Афганістану [11, 12].

До 87% смертей у бою відбуваються до того, як поранений дістанеться до лікарняного закладу. На середній медичний персонал покладається надання першої медичної та долікарської допомоги пораненим і постраждалим у перші хвилини та години після поранення в залежності від тактичної обстановки, водночас відстрочення в організації надання першої медичної, долікарської та лікарської допомоги до доби, значно знижує показники видужання та підвищує ймовірність виникнення суттєвих ускладнень і смерті у 3 рази [11, 12].

Без перебільшення можна констатувати, що особлива роль у поліпшенні показників збереження життя і здоров'я військових і цивільного населення відводиться середньому медичному персоналу, саме від їхньої організованості, розпорядності та рівня професійної підготовки залежать показники ліквідації ліквідації медико-санітарних наслідків, саме на нього покладається лєвова частка в організації надання медичної допомоги в осередках масових санітарних втрат та проведення заходів медичного сортування та евакуації поранених, постраждалих та хворих.

Не менш важливим питанням у збереженні життя та здоров'я військовослужбовців та населення є участь середнього медичного персоналу у проведенні заходів щодо навчання особового складу військ що приймають участь в Операції об'єднаних сил та населення в зоні безпеки правилам надання домедичної допомоги (само- і взаємодопомоги).

Надання оптимальної домедичної допомоги (само- і взаємодопомоги) першої медичної, долікарської допомоги на полі бою та у зоні за межами обстрілу дає можливість врятувати життя та зберегти здоров'я більшій кількості поранених вояків. Забезпечення бійців індивідуальними засобами захисту, зокрема індивідуальними аптечками з раціональним наповненням медичною та фармацевтичною продукцією, та навчання надання домедичної (само- і взаємодопомоги) дає значний шанс для бійця та його товаришів здійснити необхідну долікарську маніпуляцію, яка зможе не тільки врятувати життя бійця, але й уникнути інвалідизації [13–15].

Важливим фактором готовності середнього медичного персоналу та вояків до виконання завдань за

призначенням, є постійний їхній контроль забезпеченості – оптимальною та необхідною кількістю лікарських засобів та медичних виробів в індивідуальних аптечках бійців, сумках санітарів та наплічниках, сумках медичних військових, комплектах польових фельдшерських.

Надзвичайно важливу роль середній медичний персонал відіграв в роки Великої Вітчизняної війни. На початку війни з причини недостатньої кількості військових медиків на державному рівні було прийняте рішення про дострокові випуски в усіх вищих і середніх медичних навчальних закладах країни, що дало додатково близько 4000 лікарів і понад 13 тис. фельдшерів. Масштаби небувалої в історії війни потребували залучення сил і засобів цивільної системи охорони здоров'я.

Важливим державним заходом в організації надання допомоги пораненим під час бойових дій був наказ наркома оборони від 23 серпня 1941 р. про подання до нагород фельдшерів, медичних сестер, санітарних інструкторів рот, стрільців-санітарів взводів за винесення поранених з поля бою. Вперше в історії воєнної медицини врятування пораненого було прирівняно до подвигу бійців на полі бою.

Організація евакуації і лікування у спеціалізованих закладах з обов'язковим застосуванням на всіх етапах лікувальних засобів, регламентованих єдиною воєнно-польовою медичною доктриною, дали змогу в часи Великої Вітчизняної війни досягти незанихтаних в історії воєн результатів: повернення 72,3% поранених і 90,6% хворих у діючу армію.

Тисячі медичних працівників під час Великої Вітчизняної війни виявили безприкладний героїзм, самопожертву, вірність своєму обов'язку. Радянський уряд нагородив 116 тис. медичних працівників орденами та медалями, з них 40% жінок; 52 медики удостоєні звання Героя Радянського Союзу, з них 16 жінок. Сан дружинницю М.С.Нечипорук – єдину з медиків – було нагороджено орденом Слави трьох ступенів. Такої нагороди в усій Радянській Армії було удостоєно тільки 600 чоловік. Марія Сердюк, нагороджена багатьма бойовими орденами і медалями, Міжнародним комітетом Червоного Хреста була удостоєна вищої нагороди – медалі імені Флоренс Найтінгейл.

У винятково тяжких і небезпечних умовах доводилося подавати медичну допомогу пораненим партизанських загонів. У примітивних умовах, при нестачі перев'язувального матеріалу, інструментів, в імпровізованій операційній виконувались оперативні втручання. Оперованих доводилося перевозити на підводах, доглядати за ними в русі, часто під обстрілом [16].

Найтяжкою катастрофою з далекосяжними, важко передбачуваними наслідками для населення став вибух на Чорнобильській атомній електростанції (1986 р.), коли, за офіційними даними, у повітря потрапило понад 50 млн кюрі радіоактивності (за іншими джерелами – у 20 разів більше). Радіоактивного забруднення зазнали Гомельська та Могильовська області Білорусії, райони Київської і Житомирської областей України, частина Брянської області Росії. Підвищення радіаційного фону було зареєстровано у 23 країнах Європи, у США, Китаї, Японії.

Це була найбільша аварія за всю історію існування атомної енергетики. Вона набула глобальних масштабів.

За рішенням урядової комісії проведено евакуацію населення спочатку з десятикілометрової, а пізніше з тридцяти кілометрової зони.

Для медичного обстеження і надання медичної допомоги було створено 1964 лікарсько-сестринські бригади (6932 лікарів, 12699 середніх медичних працівників, 1250 студентів). Обстежено понад 600 тис. осіб (з них 215,3 тис. дітей) [17].

Означені беззаперечні факти є яскравими прикладами самовідданості і безприкладної пожертви середнього медичного персоналу в процесі надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях природного, техногенного, соціального та воєнного характеру.

Однак, якщо в країнах ЄС питанням розвитку і становленню середнього медичного персоналу приділяється максимум уваги і ці питання виведені в ранг на державний і міжнародний рівень то в нашій країні ці важливі питання потребують розвитку, починаючи з професійної підготовки та достойного рівня оплати праці, яка за різними джерелами на даний час є найнижчою в світі [19].

## Висновки

1. В умовах зростання в усьому світі кількості, масштабів та інтенсивності надзвичайних ситуацій особлива роль відводиться системі охорони здоров'я і в першу чергу середньому медичному персоналу, без його безпосередньої участі повномасштабне проведення заходів з ліквідації їх медико-санітарних наслідків – неможливе.

В екстремальних ситуаціях в десятки раз зростає роль і фахівців середньої ланки охорони здоров'я на яких покладається велика відповідальність за вирішення складних і багатопланових завдань, що виходять за межі повсякденної діяльності, або виникають в їх практичній діяльності як поодинокі випадки.

Роль середнього медичного персоналу в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій переоцінити неможливо враховуючи те, що 63% бригад екстреної медичної допомоги складають фельдшерські бригади, значну частину в підрозділах медицини катастроф, а саме в бригадах екстреної медичної допомоги постійної готовності I черги, спеціалізованих медичних бригадах постійної готовності II черги та медичних загонах складає середній медичний персонал.

2. Враховуючи досвід організації медичного забезпечення бойових дій, в ході гібридної війни питання надання медичної допомоги на полі бою, надання медичної допомоги під час евакуації з поля бою та за межі зон безпеки та лікувальні заклади в основному покладено на середній медичний персонал. Особливу роль в організації надання медичної допомоги населенню в зонах безпеки на даний час виконують штатні військові медики бойових підрозділів, особовий склад військово-медичних підрозділів, підрозділів екстреної медичної допомоги та первинної медико-санітарної допомоги.

3. Безперечним залишається факт, що професійна підготовка середнього медичного персоналу повинна передбачати всебічну теоретичну і цілеспрямовану практичну підготовку на адекватне реагування на надзвичайні ситуації.

Поряд з цим виникає нагальна потреба приведення професійного рівня середнього медичного персоналу

екстреної медичної допомоги до вимог світових стандартів та сьогодення. Означене, вимагає перегляду та удосконалення програми підготовки фельдшерів з медицини невідкладних станів на передатестаційних циклах та курсах тематичного удосконалення.

## Література

1. Конституція України. Ст. 3, 49 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/page>.
2. Федішин-Сорока М. А. Надання екстреної медичної допомоги в Україні / М.А. Федішин-Сорока, Д.В. Козак // Медсестринство. – 2011. – № 3. – С. 17-19.
3. Стандартизація надання екстреної медичної до допомоги / М.Д. Близнюк, І.Й. Сличко, М.Л. Кулева, Г.Г. Лобода // Єдина система екстреної медичної допомоги. Створення та перспективи розвитку в Україні: зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю, м. Рівне, 22-23 березня 2012 р. - К.: ТОВ НВП «Інтерсервіс», 2012. - С. 19-20.
4. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації / О. П. Волосовець // Медична освіта. - 2002. - № 4. - С. 15-16.
5. Про Затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги в Україні до 2010 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.11.07 р. № 1290.
6. Правові засади функціонування єдиної системи екстреної медичної допомоги / Г. Г. Рошчін, М. О. Стрельников, С. О. Гур'єв [та ін.] // Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф : матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 9-10 червня 2010 р., м. Тернопіль. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. - С. 8-9.
7. Доповідь М.С. Писли «Роль среднего медицинского персонала при реагировании и ликвидации последствий бедствия и чрезвычайных ситуаций» на IX Міжнародному Конгресі медсестринства «Сучасне медсестринство. Актуальні питання реабілітації пацієнта та персоналу на різних етапах лікування». 10-11. 05.2018 р., м. Київ, м. Одеса.
8. Удосконалення системи підготовки молодших спеціалістів бригад швидкої медичної допомоги (ШМД) / Г. Г. Рошчін, С. О. Гур'єв, Н. В. Гуселетова [та ін.] // Актуальні питання екстреної медичної допомоги і медицини катастроф : зб. матер. Всеукр. наук.-практ. конф., 9-10.06.2010р., м.Тернопіль. -Тернопіль : Укрмедкнига, 2010. - С. 48-49.
9. Наказ МОЗ України від 08.11.05 р. № 585 «Про затвердження Програми розвитку медсестринства України на 2005-2010 рр.».
10. Проблемні питання підготовки кадрів з екстреної медичної допомоги і медицини катастроф у вищих медичних навчальних закладах I-II рівнів акредитації. С.О. Ястремська, А.А. Гудима, Н.І. Рега ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» ННІ медсестринства.
11. Практичні рекомендації з надання першої медичної допомоги: Брошура-посібник / Українська Спілка ветеранів Афганістану (воїнів-інтернаціоналістів); Ред. П. Покутний. – К.: Новий друк, 2014. – 63 с.
12. Юрченко В. Д., Крилюк В.О., Гудима А. А. та ін. Домедична допомога в умовах бойових дій: Метод. посібник. – К.: Середняк Т. К., 2014. – 80 с.
13. Стечишин В. Врятуй себе і товариша на полі бою [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://na.mil.gov.ua/10660-vryatuj-sebe-i-tovarisha-na-poli-boyu>.
14. Тактична допомога пораненим у бою (Tactical Combat Casualty Care) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medsanbat.info/taktichna-dopomoga-poranenim-u-boyu-tactical-combat-casualtycare/>
15. Штульман А. «Золотий час» раненого солдата [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://army-news.ru/2014/09/zolotoj-chas-ranenogo-soldata/>
16. Медичні працівники у Великій Вітчизняній війні. Опубліковано admin. 22/09/2011-09:31.
17. Сучасні проблеми охорони здоров'я, Опубліковано admin. 23/09/2011-21:32.
18. Звіт закладів екстреної медичної допомоги за 2017 рік за формою 22.
19. Безкоровайна У.Ю. Порівняльний аналіз ролі медичних сестер в Україні та світі // Державне Управління, с. 88-91.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.08.2018 р.

## Роль среднего медицинского персонала в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций

*В.В. Вороненко<sup>1</sup>, В.М. Якимець<sup>2</sup>, В.П. Печибориц<sup>3</sup>,  
Г.А. Слабкий<sup>4</sup>, В.В. Якимець<sup>5</sup>, М.С. Пысла<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>ГП «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины»  
<sup>2</sup>ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий НАН Украины»  
<sup>3</sup>ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины»  
<sup>4</sup>ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»  
<sup>5</sup>ТОВ «Органосін ЛТД»  
<sup>6</sup>Клиническая больница Министерства здравоохранения, труда и социальной политики Республики Молдова, г. Кишинев

**Цель.** Оценить роль среднего медицинского персонала, в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций в Украине.

**Материалы и методы.** В исследовании использованы нормативно-правовые документы государства, научные публикации, материалы научно-практических конференций по вопросам участия среднего медицинского персонала воинских частей и населения в условиях современных военных конфликтов и гибридных войн и на случаи чрезвычайных ситуаций техногенного, природного и социального характера.

**Результаты.** На основе изучения опыта роли среднего медицинского персонала в процессе ликвидации чрезвычайных ситуаций природного, техногенного, социального и военного характера в статье освещены вопросы его участия во II мировой войне, в войне в Афганистане и в условиях гибридной войны на востоке Украины во время ведения боевых действий в антитеррористической операции и операции объединенных сил.

Проведенный анализ участия в процессе осуществления лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках ООС и среди населения, проживающего на территории, прилегающей к району боевых действий - в «пределах безопасности».

**Выводы.** Установлено, что на средний медицинский персонал ложится основное бремя в решении задач и проблем в процессе ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного, техногенного, социального и военного характера, только при активном участии и при высокой компетентности среднего медицинского персонала создаются оптимальные предпосылки для эффективного решения насущных проблем пострадавшего населения и войск.

**Ключевые слова:** роль среднего медицинского персонала, ликвидация последствий чрезвычайных ситуаций.

## The role of medium medical personnel in the process of liquidation of the consequences of extraordinary situations

*V.V. Voronenko<sup>1</sup>, V.M. Yakymets<sup>2</sup>, V.P. Pechyborshch<sup>3</sup>,  
G.O. Slabkiy<sup>4</sup>, V.V. Yakymets<sup>5</sup>, M.S. Pysla<sup>6</sup>*

<sup>1</sup>SE "Scientific and practical medical center of children's cardiology and cardiosurgery of the Ministry of Health of Ukraine"  
<sup>2</sup>SCI Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine  
<sup>3</sup>SI "Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine"  
<sup>4</sup>SHEI "Uzhhorod National University  
<sup>5</sup>LLC «Organosin LTD»  
<sup>6</sup>Clinical Hospital of the Ministry of Health, Labor and Social Policy of the Republic of Moldova

**Goal of research.** Evaluate the role of medical staff in the process of eliminating the consequences of emergencies in Ukraine.

**Materials and methods.** The research used regulatory legal documents of the state, scientific publications, materials of scientific and practical conferences on the participation of military medical personnel of the military units and the population in the conditions of modern military conflicts and hybrid wars, and cases of man-made, natural and social emergencies.

**Results.** Based on the experience of the role of middle medical personnel in the process of eliminating natural, man-made, social and military emergencies, the article covers issues of its participation in the Second World War, the war in Afghanistan and the conditions of the hybrid war in eastern Ukraine during the conduct of hostilities in antiterrorist operation and joint operations.

The analysis of the state of participation in the process of medical and evacuation activities in the EOM troops and among the population living in the territory adjacent to the area of hostilities - in the "security limits" has been carried out.

**Conclusions.** It has been established that the main medical staff faces the main burden in solving tasks and problems in the process of eliminating the consequences of natural, technological, social and military emergencies, only with the active participation and provided the high competence of the medical staff creates the optimal preconditions for effective solution of urgent needs the affected population and troops.

**Key words:** role of middle medical personnel, liquidation of consequences of emergency situations.



### **Відомості про авторів**

**Вороненко Володимир Васильович** – доктор медичних наук, професор, заслужений працівник охорони здоров'я, заступник директора ДП «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України», 04050 м. Київ, вул. Мельникова, 24.

**Якимець Володимир Миколайович** – доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» м. Київ, вул. Смірнова-Ласточкина, 22, 04053, Україна.

**Печиборщ В'ячеслав Петрович** – доктор медичних наук, доцент, заслужений працівник охорони здоров'я, завідувач наукового відділу ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», вул. Братиславська, 3.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я факультету післядипломної освіти та до університетської підготовки ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пл. Народна, 3 м. Ужгород, закарпатська обл., 88000, Україна.

**Якимець Володимир Володимирович** – кандидат медичних наук, регіональний менеджер ТОВ «Органосін ЛТД», офісний центр «Флора парк», вул. Сікорського 8, м. Київ, 04112, Україна.

**Писла Михайло Сергійович** – кандидат медичних наук, доцент, консультант ВООЗ з питань управління ризиками надзвичайних ситуацій в охороні здоров'я, Клінічна лікарня Міністерства охорони здоров'я, праці і соціальної політики Республіки Молдова, м. Кишинів.