

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

Кафедра медицини катастроф та військової медицини

**XV
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УМОВАХ ВІЙНИ НА СХОДІ УКРАЇНИ,
ЦИВІЛЬНИХ УМОВАХ. ПСИХОЛОГІЧНА
РЕАБІЛІТАЦІЯ.**

Матеріали доповідей

27-28 квітня 2017 року

Вінниця – 2017

ЗМІСТ

РОЗДІЛ I

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В УМОВАХ ВІЙНИ

В.С.Тарасюк, А.І.Пархотін, 7а група, 2 курс

ВОГНЕПАЛЬНІ ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ТА ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ЗОНІ АТО.....6

М.В.Матвійчук, Н.Д.Корольова, Д.В.Головін, М.І.Антонюк, 4 курс

ПЕРСПЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ МАЛООБ'ЄМНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ІНФУЗІЇ ПРИ ГОСТРІЙ КРОВОВТРАТІ НА РАННІХ ЕТАПАХ ЕВАКУАЦІЇ.....9

В.М.Сивак, С.А.Бардильов, 10а група, 4 курс

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В ЗОНІ АТО ЗА СИСТЕМОЮ ТССС.....12

Н.В.Кривецька, В.В.Фіщук, Т.М.Хлипняч, 27а група, 5 курс

ОСОБЛИВОСТІ БОЙОВОЇ ТРАВМИ ОРГАНУ ЗОРУ В УМОВАХ АТО ТА ШЛЯХИ ЇХ МІНІМІЗАЦІЇ.....14

В.С.Тарасюк, Я.С.Поліщук, 5б група, 5 курс

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ УШКОДЖЕННІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ В ЗОНІ АТО17

РОЗДІЛ II

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В ЦИВІЛЬНИХ УМОВАХ

В.С.Тарасюк, А.В.Верета, О.В.Романовська, 17а група, 5 курс

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ВУЗЛОВИХ КРОВОТЕЧ21

В.С.Тарасюк, Б.Я.Недільська, 7а група, 2 курс

ВІННИЦЬКИЙ ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ В ПОШУКАХ ІННОВАЦІЙ31

В.С.Тарасюк, Д.Ю.Салій, 7б група, 2 курс

ДТП У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА САМООЦІНКА ВОДІВ ДО НАДАННЯ ПМД38

В.В.Поляруш, Ю.В.Олешко, 16б група, 2 курс

НАДАННЯ САМОДОПОМОГИ В ЕКСТРЕМАЛЬНІЙ СИТУАЦІЇ.....41

В.В.Фіщук, Т.В.Секрет, 11б група, 5 курс

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ З ДІАБЕТИЧНИМИ КОМАМИ.....44

В.В.Фіщук, Д.М.Шад, Д.О.Леваковська, 71б група, 5 курс

ДИНАМІКА ВИЇЗДІВ БРИГАД ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ З ПРИВОДУ «ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ» ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ З ПОДАЛЬШИМ ПРОВЕДЕННЯМ ТРОМБОЛІЗИСУ.....48

| | |
|--|-----------|
| <i>В.В.Фіщук, Д.С.Кобзіна, 19а група, 5 курс</i> | |
| ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ПРИ НИРКОВІЙ КОЛЬЦІ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ..... | 53 |
| <i>В.В.Фіщук, О.С.Лемешов, 19а група, 5 курс</i> | |
| АЛГОРИТМ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ З ТРАВМОЮ ХРЕБТА..... | 57 |
| <i>В.В.Чорна, В.В.Фіщук, С.О.Іванчишина, 98б група, 2 курс</i> | |
| АНАЛІЗ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД ЗА 2013-2015 РР..... | 61 |
| <i>М.В.Матвійчук, Д.О.Орлова, 17а група, 2 курс</i> | |
| СИНДРОМ ТРИВАЛОГО СТИСНЕННЯ..... | 64 |
| <i>Н.Д.Корольова, А.М.Шевчук, А.В.Черевко, О.С.Попова, С.Г.Головата, учениці 9М класу, КЗ «НВК:ЗОШ І-ІІ ступенів №7 Вінницької міської ради» Л.О. Булейко, В.Ю. Ангельська, 63 група, 6 курс</i> | |
| ПРОФЕСІЙНЕ САМОВИЗНАЧЕННЯ..... | 67 |
| <i>М.В.Матвійчук, В.В.Чорна, Р.М.Бектемірова, О.Г.Коновал, Н.О.Шнайдер, 3б група, 2 курс</i> | |
| ПРОБЛЕМА ФАНТОМНИХ БОЛІВ ТА ВІДМІННОСТІ ЇХ ПРОЯВУ ПРИ ТРАВМАТИЧНИХ АМПУТАЦІЯХ ТА АМПУТАЦІЯХ ВНАСЛІДОК ХВОРОБИ..... | 70 |

РОЗДІЛ ІІІ

ПСИХОЛОГІЧНІ РОЗЛАДИ, ДОПОМОГА ПРИ РІЗНИХ УМОВАХ ЇХ ВИНИКНЕННЯ

| | |
|--|-----------|
| <i>Н.Д. Корольова, В.В.Чорна, О.В.Чміленко, Д.С.Кравчук, 24 група, 2 курс</i> | |
| ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАЛЬНОГО СТРЕСУ СТУДЕНТІВ | 76 |
| <i>В.В.Чорна, В.О. Гикава, Ю.О. Каліновська, 10б група, 2 курс</i> | |
| ВПЛИВ КОМП'ЮТЕРНИХ ІГОР НА ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ СТАН ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ | 79 |
| <i>О.О.Дубовий, А.І.Павлікевич, 61а група, 2 курс</i> | |
| СИНІЙ КИТ. ГРА В СМЕРТЬ..... | 82 |
| <i>Н.Д.Корольова, Р.М.Бектемірова, А.М.Рубленко, 24б група, 2 курс</i> | |
| ТРИВОЖНА ВАЛІЗА..... | 85 |
| <i>Н.Д.Корольова, А.М.Шевчук, К.А.Курій, 17а група, 2 курс</i> | |
| ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТЕРОРИСТА..... | 87 |
| <i>Н.Д.Корольова, В.В.Чорна, Ю.В.Антоненко, В.М.Дончик, 3 група, 2 курс</i> | |
| УДОСКОНАДЕННЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ З БОЙОВОЮ ПСИХІЧНОЮ ТРАВМОЮ..... | 90 |
| <i>В.С.Тарасюк, Н.О.Вальчук, 7б група, 2 курс</i> | |
| ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ ІЗ ЗОНИ АТО..... | 95 |

РОЗДІЛ IV

АСПЕКТИ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

М.В.Матвійчук, В.В.Фіщук, Р.Л.Салій, 19б група, 5 курс

МІННО-ВИБУХОВА ТРАВМА100

В.М.Подольян, М.В.Демянчук, О.Б.Вишинська, 16 група, 5 курс

**ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО ТРИКОРДЕРА ДЛЯ ПЕРВИННОГО
ОГЛЯДУ ПАЦІЄНТА.....104**

РОЗДІЛ V

ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА БЕЗПЕКУ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ

В.С.Тарасюк, Т.В.Пащковська, 7 група, 2 курс

ТРАВМИ ДТП ПРИ НЕПРИСТЕБНУТОМУ РЕМЕНІ БЕЗПЕКИ106

*М.В.Матвійчук, В.В.Чорна, Г.О.Горпенко, 3б група, 2 курс, А.М.Євтушенко, 24б
група, 2 курс*

ЇЖА ЯК ЧИННИК ЗАХВОРЮВАНOSTІ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ...112

В.В.Чорна, В.М.Подольян, Т.С.Рябець, А.В.Ваколюк, 21а група, 5 курс

ЕКОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ТА СТАН ПИТНОЇ ВОДИ УКРАЇНИ.....115

І.В.Паламар, М.Б.Тарасюк

ЕЛЕКТРОМАГНІТНИЙ СМОГ І ЙОГО НЕБЕЗПЕКА.....121

ДТП, скоєні з вини дітей пішоходів віком до 18 років (потерпілі в ДТП діти віком до 18 років):



Всього 1479 (-11,6%); Вінниця 30 (+40%); Житомир 38 (-73,7%)

Усього ДТП з потерпілими з вини дітей: Всього 1421 (-9,2%); Вінниця 28 (+128,6%); Житомир 36 (-73,7%).

Загинуло дітей: Всього 58 (-56%); Вінниця 1 (0%); Житомир 1 (0%)

Травмовано дітей: Всього 1398 (-7,2%); Вінниця 30 (+216%); Житомир 35 (-72,2%)

*дані наведені за звітній період 2013-2015, показники у відсотках порівняно з минулим 2014 роком

Найбільша кількість постраждалих у таких видах ДТП (2013-2015р.р.) мають наступні місця: 1 місце – зіткнення - 28675 осіб; 2 місце – наїзд на пішохода - 28549 осіб; 3 місце – наїзд на перешкоду - 9649 осіб.

Висновки: Згідно з офіційними даними (НАІС ДДАІ МВС) України можемо відмітити, що найбільша кількість ДТП припадає на великі міста, та столицю України. Для порівняння м. Вінниця та м. Житомир досягають однорічного показника мегаполіса за три роки. У більшості випадків бригади ЕМД та МК не виїжджали. Діти до 18 років є не лише причиною ДТП, а й постраждалими. Це свідчить про необізнаність у ПДР, та необережною поведінкою на дорозі. Загалом по Україні показник знижується, проте у Вінницькій області відмічається невтішне зростання показників.

48% аварійних ситуацій виникають у період з 10:00 до 17:00 год.;

47% водіїв які допустили ДТП мали вік 35 – 50 років;

38% аварійних ситуацій допустили водії, які перебували за кермом 2-6 годин, з усіма передбаченими відпочинками, для порівняння ті, хто працювали понаднормово допустили 1% ДТП;

Загальний аналіз ДТП показав, що кількість аварійних ситуацій на автошляхах України знизилась на 27,1%, кількість загиблих на 25% та кількість травмованих на 26,7%. В даному випадку варто враховувати те, що в статистиці не повністю враховані показники по АР Крим, і частині Донецької та Луганській областей.

М.В.Матвійчук, Д.О.Орлова, 17а група, 2 курс

Синдром тривалого стиснення

Проблема синдрому тривалого стиснення (СТС), важкої форми травматичної хвороби, зберігає свою актуальність. Це пояснюється зростаючим

числом постраждалих внаслідок стихійних лих, техногенних катастроф, а також терористичних актів. Позиційний синдром розвивається в цих випадках внаслідок тривалого здавлення м'яких тканин кінцівок і тулуба масою власного тіла. Істотно на перебіг і результат травми впливає гостра ниркова недостатність (ГНН), що зустрічається в 70-92% випадків СТС. Летальність при СТС, ускладненим ГНН, одна з найвищих в інтенсивній терапії (50-90%). Виникнення синдрому зумовлене поєднанням трьох чинників: больового синдрому; масивної втрати плазми, зумовленої виходом рідкої частини крові через стінки судин в пошкоджені тканини; травматичної токсемії (інтоксикації організму продуктами тканинного розпаду). Роздавлені м'язові тканини постраждалого втрачають до 66% калію, 75% міоглобіну, 75% фосфору і 70% креатиніну.

Класифікують СТС за різними ознаками, основними серед яких є класифікація за ступенем тяжкості: легка форма - пошкодження обмежених ділянок кінцівки, тулуба без розвитку шоку, короткочасна міоглобінемія без порушення функції нирок; середньої тяжкості- масштаби пошкодження більші, обмежені гомілкою і передпліччям, що тягне за собою розвиток ендогенної інтоксикації і порушення функції нирок; важка форма - ушкодження всієї верхньої або нижньої кінцівки з розвитком ГНН і важкої ендогенної інтоксикації. Чим більша тривалість здавлення, тим важчий СТС.

За ступенем ішемії пошкодженої кінцівки розрізняють:

1) компенсована - повне припинення артеріального і венозного кровотоку не спостерігається; зберігаються активні рухи, тактильна і больова чутливість. Незворотніх змін немає. Джгут накладати не можна.

2) некомпенсована - тактильна і больова чутливість відсутні. Пасивні рухи збережені, активних немає. Трупного задубіння пошкодженого сегмента немає. Джгут накладати не можна.

3) незворотня (здавлення більше 6 год). Втрата всіх видів чутливості і всіх видів рухів; м'язи тверді. Частіше всього потерпілий сегмент зберегти не можна. Показано термінове хірургічне втручання - видалення нежиттєздатної кінцівки.

В клінічному перебігу СТС виділяють 2 періоди. В період компресії переважають біль, психоемоційні реакції, явища травматичного шоку, може спостерігатися клінічна картина гострої масивної крововтрати внаслідок пошкодження внутрішніх органів, магістральних судин. Тривалість періоду компресії, сила стискуючого фактору та масштаби пошкодження є найбільш істотними у прогнозі. В період декомпресії провідними патогенетичними механізмами є плазмовтрата через пошкоджені ділянки з наростанням набряку, зниження ОЦК. Розвиваються тромбози, нестабільність гемодинаміки, гостра дихальна недостатність. У ранній посткомпресійний етап постраждалі скаржаться на біль у пошкодженій частині тіла, обмеження рухів у травмованих кінцівках, загальну слабкість, спрагу, відсутність апетиту. Відзначаються тахікардія, задишка, зниження артеріального тиску. В травматичній ділянці спостерігаються набряки дерев'янистої щільності, що з'являються в перші 2 год після декомпресії. Як правило, активні рухи пошкодженої кінцівки відсутні, а пасивні - різко болючі. Температура шкіри пошкоджених ділянок знижена, чутливість порушена, пульсація магістральних судин різко знижена. Вже в

ГНН). Проміжний етап СТС характеризується усуненням захворювання. Під час пізнього етапу СТС, як правило, відбувається відновлення діурезу, що є переломним моментом у перебігу ГНН, поліпшується загальний стан. Однак у ранній діуретичній фазі зберігаються значні порушення гомеостазу: підвищені показники азотистого обміну, зберігається гіперкаліємія, гіпергідратація, висока небезпека розвитку набряку легенів, що вимагає діалізного лікування. У фазі поліурії існує небезпека гіпокаліємії, дегідратації і кровотеч.

Синдром тривалого стиснення відноситься до таких патологічних станів, результати яких повністю залежать від швидкості і якості надання медичної допомоги.

Постраждалі з СТС потребують ранньої госпіталізації у спеціалізовані установи, оснащені діалізною апаратурою. Допомога повинна надаватися в кілька етапів:

- 1) догоспітальний період, що включає період компресії, ранній посткомпресійний період і транспортування; на догоспітальному етапі проводяться протишокові заходи, профілактика ГНН.
- 2) спеціалізована допомога в посткомпресійний період (ранній, проміжний і пізній етап).

Обов'язковим компонентом є усунення болю. Знеболення має відрізнитися простотою технічного виконання, високою ефективністю, швидкістю настання і керованістю. Важливо домогтися знеболюючого ефекту ще в період компресії. До моменту забезпечення судинного доступу знеболюючі препарати можна давати per os. Судинний доступ повинен бути надійним, краще використовувати катетери типу «Venflon». Найчастіше анальгетичним засобом першої лінії служать наркотичні анальгетики (морфін, омнопон, промедол, морадол, гіпотензією, пригніченням дихання. Можливе комбінування з ненаркотичними анальгетиками (анальгін, баралгін, триган, спазмалгін та ін). Обов'язковим компонентом лікування є іммобілізація. Її здійснюють стандартними шинами або подручними засобами. Доцільно виконувати місцеву гіпотермію (лід, спеціальні охолоджуючі пакети). Ці заходи (бинтування, іммобілізація, гіпотермія) спрямовані на зняття болю, попередження або зменшення набряку і надходження ендотоксинів в кровотік. Таким чином, вони виконують протишокову функцію і є одним з аспектів профілактики ГНН. Відповідальним моментом у плані прогнозу і результату СДС є визначення показань до накладення джгута. Накладення джгута показано тільки при кровотечі з магістральних судин, так як ця маніпуляція посилює ішемічні ушкодження кінцівки, що, в свою чергу, веде до посилення ендотоксинемії. Навіть припинення тільки венозного відтоку веде до наростання набряку, який, здавлюючи судини і порушуючи мікроциркуляцію, також посилює ішемію. Тому після звільнення від здавлення постраждалу кінцівку туго забинтовують еластичним бинтом в дистальному напрямку від пахової складки або пахової

западини. Виконувати бинтування краще вдвох: один звільняє кінцівку, починаючи з проксимальних відділів, інший бинтує звільнені відділи в дистальному напрямку. Категорично заборонено розтирати й масажувати кінцівку. Бинтування показано тільки на період транспортування з постійним контролем пульсу, стану кінцівки. Абсолютно показано, незалежно від ступеня тяжкості, найбільш ранне - як тільки з'являється технічна можливість проведення інфузійної терапії. Інфузійна терапія волемічних і гемодинамічних розладів має величезне значення, так як дозволяє уникнути незворотніх змін у життєво важливих органах. Інфузійна терапія спрямована на усунення гіповолемії, пов'язаної з перерозподілом рідини в здавлені тканини, і загальної дегідратації, зумовленої тривалим перебуванням під завалом. Крім того, інфузійна терапія забезпечує гемодилуцію, що дозволяє знизити концентрацію міоглобіну та інших токсичних речовин у плазмі крові і відповідно - первинної сечі. Обов'язковим компонентом інфузійної терапії є олужнення плазми крові. Потерпілим, що не повністю звільнені з-під завалу, можна вводити рідину per os у вигляді лужно-електролітних розчинів і води. На другому етапі продовжують терапію, розпочату на догоспітальному етапі; подальший вибір лікувальних заходів багато в чому визначається тяжкістю та стадією ГНН.

Наслідки невиявленого синдрому стиснення є катастрофічними. Вони включають неврологічні розлади, некроз м'язів, ішемічну контрактуру, інфекції, повільне загоєння перелому та можливу ампутацію.

Досі не існує єдиної думки про патогенез та хірургічну тактику лікування синдрому тривалого стискання. Це пояснюється існуванням різного уявлення про патогенез цього синдрому, тривалість компресії, численні клінічні прояви у післякомпресійний період.

*Н.Д.Корольова, А.М.Шевчук, А.В.Черевко, О.С.Попова, С.Г.Головата, учениці
9М класу, КЗ «НВК:ЗОШ І-ІІ ступенів №7 Вінницької міської ради» Л.О.*

Булейко, В.Ю. Ангельська, 63 група, 6 курс

Професійне самовизначення

Актуальність: В юнацькому віці відбуваються істотні морфофункціональні зміни, завершуються процеси фізичного дозрівання людини. Життєдіяльність в юності ускладнюється: розширюється діапазон соціальних ролей та інтересів, з'являється все більше дорослих ролей з відповідною їм мірою самостійності і відповідальності. На цей вік припадає багато критичних соціальних подій: одержання паспорта, настання кримінальної відповідальності, можливість реалізації активного виборчого права, можливість вступу до шлюбу. Перед кожним постає завдання вибору професії і подальшого життєвого шляху.

Мета дослідження. Визначити професійну спрямованість та готовність учнів школи. Обстеження проводилось на базі НВК: загальноосвітня школа І - ІІ ступенів-ліцей №7 Вінницької міської ради. Було обстежено 90 учнів за допомогою діагностування за допомогою тестів, анкет та опитувальників, що