

Медицина невідкладних станів, анестезіологія та інтенсивна терапія

УДК 351.862

ДОСВІД ВЗАЄМОДІЇ ПІДРОЗДІЛІВ МЕДИЧНОГО РЯТУВАННЯ
З РЯТУВАЛЬНИКАМИ РЕСПУБЛІКИ ПОЛЬЩА
ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ЙОГО В УКРАЇНІ

Волянський П.Б.¹, Михайлов В.М.¹, Хорошун Е.М.², Печиборщ В.П.³,
Якимець В.М.³, Печиборщ О.В.⁴, Якимець В.В.⁵

¹Інститут державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту,
Київ, Україна

²Військово-медичний клінічний центр Північного регіону, Харків, Україна

³Державна наукова установа «Центр інноваційних медичних технологій
НАН України», Київ, Україна

⁴Головний військово-медичний клінічний центр (Центральний клінічний госпіталь)
Державної прикордонної служби України, Київ, Україна

⁵Українська військово-медична академія, Київ, Україна

Проведений детальний аналіз досвіду організації медичного рятування підрозділами медицини катастроф у взаємодії з пожежно-рятувальними підрозділами Республіки Польща, історичного аспекту створення медицини катастроф в Україні та її взаємодії з Державною службою України з цивільного захисту. Визначені фактори позитивного та негативного впливу на результати діяльності. Україна запозичила для себе польський досвід взаємодії підрозділів медицини катастроф та пожежно-рятувальних підрозділів, використавши саме ті положення, які були для неї найбільш прийнятними. Запорукою успішного виконання завдань підрозділів медицини катастроф та пожежно-рятувальних підрозділів з медичного рятування є, зокрема, належне ресурсне забезпечення, удосконалення практичних навичок взаємодії в процесі надання першої медичної допомоги. Кращі практики надання кваліфікованої медичної допомоги постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій у кожній країні є унікальними і відображають специфіку її функціонування, тому впровадження досвіду є доцільним з урахування особливостей розвитку конкретної країни.


Ключові слова: медичне рятування, надзвичайні ситуації, постраждалі, організація взаємодії, впровадження досвіду.

Вступ

Багатогранність та масштабність завдань щодо протидії теперішнім техногенним та природним загрозам вимагають технічно оснащеної, висококваліфікованої, мобільної системи захисту людей. Кожна надзвичайна ситуація (НС) створює передумови для раптового

погіршення стану здоров'я людини, а іноді, втрати життя, реагування на неї вимагає значних зусиль і засобів цивільного захисту, включаючи бригади швидкої медичної допомоги.

За оперативними даними упродовж 2020 року в Україні зареєстровано 116 НС, які, відповідно до Національного

| | |
|---|---|
|  | <p>Цитуйте українською: Волянський ПБ, Михайлов ВМ, Хорошун ЕМ, Печиборщ ВП, Якимець ВМ, Печиборщ ОВ, Якимець ВВ. Досвід взаємодії підрозділів медичного рятування з рятувальниками республіки Польща та впровадження його в Україні. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(1):27-44. https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.1.vmk</p> |
| | <p>Cite in English: Volianskyi PB, Mykhailov VM, Khoroshun EM, Pechyborshch VP, Yakymets VM, Pechyborshch OV, Yakymets VV. Interaction experience of medical rescue units with rescuers of the Republic of Poland and its implementation in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(1):27-44. https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.1.vmk [in Ukrainian].</p> |

класифікатора «Класифікатор НС» ДК 019:2010, розподілилися на НС: техногенного характеру – 47; природного характеру – 64; соціального характеру – 5. Внаслідок цих НС загинуло 170 та постраждало 305 осіб. За масштабами НС, що виникли у 2020 році, розподілилися на НС: державного рівня – 6; регіонального рівня – 4; місцевого рівня – 50; об'єктового рівня – 56 (табл. 1) [1].

(по-перше, через зменшення на 60 % кількості НС в системах життєзабезпечення, по-друге, через зменшення на 19 % кількості НС на транспорті, по-третє, через зменшення на 8 % НС унаслідок пожеж та вибухів), щодо кількості НС природного характеру – на 21 % (внаслідок зменшення на 42 % кількості медико-біологічних НС, котрі спричинені харчовими отруєннями

Таблиця 1. Кількісні показники надзвичайних ситуацій, що виникли у 2020 році, у порівнянні з 2019 роком

| Дані про надзвичайні ситуації | 2019 рік | 2020 рік | Зменшення/ збільшення, % |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------------------------|
| Загальна кількість НС | 146 | 116 | 20,5 ↓ |
| <i>В тому числі:</i> | | | |
| - техногенного характеру | 60 | 47 | 21,7 ↓ |
| - природного характеру | 81 | 64 | 21,0 ↓ |
| - соціального характеру | 5 | 5 | 0,0 |
| <i>В тому числі за рівнями:</i> | | | |
| - державного рівня | 2 | 6 | 200,0 ↑ |
| - регіонального рівня | 7 | 4 | 42,9 ↓ |
| - місцевого рівня | 63 | 50 | 20,6 ↓ |
| - об'єктового рівня | 74 | 56 | 24,3 ↓ |
| Загинуло людей внаслідок НС | 200 | 170 | 15,0 ↓ |
| Постраждало людей внаслідок НС | 1492 | 305 | 79,6 ↓ |
| Матеріальні збитки від НС, тис. грн. | 1 626 730 | 9 916 677 | 509,6 ↑ |

У порівнянні з 2019 роком, кількість НС у 2020 році знизилася на 20,5 %, при цьому кількість НС техногенного характеру зменшилася на 21,7 %

людей, проте було зафіксовано збільшення більш ніж у 1,6 рази кількості НС через пожежі у природних екосистемах (табл. 2).

Таблиця 2. Статистичні дані щодо кількісних показників класифікованих НС

| Вид НС | Кількість НС | | Загинуло людей | | Постраждало людей | |
|---|--------------|------------|----------------|------------|-------------------|------------|
| | 2019 р. | 2020 р. | 2019 р. | 2020 р. | 2019 р. | 2020 р. |
| НС техногенного характеру | | | | | | |
| НС унаслідок аварій чи катастроф на транспорті | 16 | 13 | 75 | 57 | 47 | 34 |
| НС унаслідок пожеж, вибухів | 27 | 26 | 79 | 66 | 81 | 27 |
| НС унаслідок наявності у навколишньому середовищі шкідливих і радіоактивних речовин понад гранично допустимої концентрації | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| НС унаслідок раптового руйнування будівель і споруд | 4 | 4 | 10 | 0 | 14 | 0 |
| НС унаслідок аварій в електроенергетичних системах | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| НС унаслідок аварій у системах життєзабезпечення | 10 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Всього НС техногенного характеру | 60 | 47 | 164 | 123 | 142 | 61 |
| НС природного характеру | | | | | | |
| Геологічні НС | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Метеорологічні НС | 16 | 12 | 7 | 0 | 13 | 10 |
| Гідрологічні НС поверхневих вод | 0 | 3 | 0 | 5 | 0 | 0 |
| НС, пов'язані з пожежами у природних екологічних системах | 8 | 13 | 0 | 16 | 0 | 133 |
| Медико-біологічні НС | 57 | 35 | 15 | 13 | 1334 | 96 |
| НС природного характеру | 81 | 64 | 22 | 34 | 1347 | 239 |
| НС соціального характеру | | | | | | |
| Встановлення вибухового пристрою у багатолюдному місці, установі (організації, підприємстві), житловому секторі, транспорті | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 4 |
| НС, пов'язані з нещасними випадками, що сталися з людьми | 4 | 4 | 13 | 13 | 1 | 1 |
| Всього НС соціального характеру | 5 | 5 | 14 | 13 | 3 | 5 |
| Всього НС | 146 | 116 | 200 | 170 | 1492 | 305 |

Якщо ділити по регіонах, поділ був наступним: найбільшу кількість надзвичайних ситуацій зареєстровано у Херсонській (12 НС), Одеській та Київській (по 11 НС у кожній), Дніпропетровській (9 НС) областях. По 7 НС зафіксовано у Кіровоградській, Закарпатській, Тернопільській, Луганській та Харківській областях, у Донецькій, Чернігівській, Полтавській, Житомирській та Вінницькій областях – по 6 НС. На території Миколаївської, Сумської, Запорізької, Рівненської, Івано-Франківської, Чернівецької областей та м. Києва зареєстровано від 4 до 5 НС, у інших регіонах – по 1-3 НС [1].

За узагальненими офіційними даними статистичної звітності з регіонів за формою №-22, на фоні суттєвого зменшення (на 10,8 %) показника звернень за екстреною (швидкою) медичною допомогою, який у 2020 році становив 7 191 677 (у 2019 році – 8 059 161), відбулося збільшення на 13,4 % показника виїздів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, який у 2020 році становив – 5 949 078 виїздів бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги, а в 2019 році – 6 868 961, у т.ч.:

- 541 055 або 9,1 % від усіх виїздів склали виїзди на нещасні випадки, травми та отруєння, що на 11,0 % більше показника 2019 року, коли цей показник дорівнював 636 237 виїздів, внаслідок великої кількості нещасних випадків та дорожньо-транспортних пригод;

- на раптові захворювання та стани – 4 245 850 виїздів, або 71,4 % від загальної кількості виїздів, що на 14,0 % менше ніж 2019 року, коли цей показник становив 4 936 583.

Отже, можна констатувати, що у 82,4 % випадків виїздів бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги використані за призначенням, а означені показники свідчать про напружену повсякденну діяльність системи екстреної

медичної допомоги та медицини катастроф в державі.

Обговорення проблемних питань щодо надання ефективної медичної допомоги тим, хто знаходиться в стані раптової загрози здоров'ю, триває багато років. Рятувальні європейські системи постійно модифікуються у відповідності до діючих національних правил. Все ж, кінцевим результатом роботи всіх ланок рятувальної операції (починаючи з громадян, які опинилися в зоні НС і в змозі були надати медичну допомогу постраждалому) є кваліфікована медична допомога у відділеннях екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних закладів охорони здоров'я.

До проблем організації діяльності системи надання медичної допомоги людям в умовах надзвичайних ситуацій звертались такі вітчизняні та зарубіжні дослідники, як Б. Адамкевіч-Герод, М. Бадюк, Р. Галошковський, С. Гур'єв, І. Кочин, А. Крейг, В. Крилюк, Я. Мадовіч, В. Печиборщ, Г. Роцін, А. Терент'єва, О. Фалько, Ж. Якубашко та ін. У своїх роботах науковці висвітлюють проблеми, пов'язані з управлінням системою охорони здоров'я, функціонуванням медицини катастроф, розвитком системи підготовки рятувальників для надання медичної допомоги, наданням медичними працівниками екстреної медичної допомоги в небезпечній зоні тощо. Втім, українськими дослідниками питання кращих європейських практик щодо організації надання медичної допомоги людям в надзвичайних ситуаціях силами підрозділів медицини катастроф у взаємодії з пожежно-рятувальними підрозділами не розглядались.

В історичному аспекті можна констатувати, що ідея організації служби швидкої медичної допомоги виникла після того, як в 1881 році у Відні

в оперному театрі під час пожежі постраждали сотні людей. Протягом декількох годин постраждалі не могли отримати ніякої медичної допомоги, попри те, що в місті було достатньо лікарень. Більше сотні осіб загинули. Проаналізувавши наслідки цієї трагедії, віденський лікар Яромир Мунді запропонував організувати пункт постійного чергування лікарів, завжди готових до виїзду на місце НС для надання медичної допомоги, та назвав його станцією швидкої медичної допомоги. З того часу станції швидкої допомоги з'явилися в багатьох країнах і містах.

У Росії під час коронації Миколи II на Ходинському полі зібралося багато тисяч людей. Гарне святкування завершилося жахливою тиснявою та панікою. Через те, що була відсутня допомога, велика кількість людей померли, тисячі осіб стали каліками. Через це Микола II має прізвисько Кривавий. У 1896 році з'явилася перша в Росії станція швидкої медичної допомоги – у Москві. В нашій країні не чекали на лихо: у 1902 році відкрили станцію швидкої допомоги у Києві, в Одесі – у 1903 році, у Харкові – у 1910 році [2].

Що стосується Польщі, то однією з перших організацій, яка займалася рятуванням людей, було Царське товариство рятування потоплюючих, засноване у 1898 році в одному з найстаріших міст Польщі – Калущі. Визначну роль у значному покращенні медичного рятування в країні визначили події в місті Кракові, які відбулися в грудні 1890 року. Тоді сталася пожежа, жертвами якої стали десятки людей. Їх життя, можливо, вдалося б врятувати, в ситуації коли б існувала організована система швидкого залучення фахівців, які б надавали вчасну медичну допомогу. Ця подія вплинула на прийняття рішення щодо відкриття 6 червня 1891 року Краківського добровільного

рятувального товариства. Національна система медичної допомоги Польщі спрямована, найголовніше, на своєчасне надання медичної допомоги особам, які знаходяться в ситуації загрози життю та здоров'ю. Ця динамічна система постійно видозмінюється шляхом розширення можливостей, зокрема в умовах надзвичайних ситуацій, завдяки співпраці з підрозділами польської пожежно-рятувальної служби. Тепер екстрена медицина Польщі має назву «Державне медичне рятувництво».

Метою роботи є аналіз діяльності польських підрозділів державної системи медичного рятування та підрозділів пожежно-рятувальної служби щодо організації та надання медичної допомоги постраждалим в умовах надзвичайних ситуацій та розгляд можливостей його застосування в Україні.

Матеріали та методи

В ході дослідження використано наступні методи дослідження: аналітичний, системного підходу. Використано нормативно-правові акти, що регламентують діяльність медицини катастроф.

Результати та їх обговорення

У спадок від Радянського Союзу нашій країні залишилась дуже сильна служба медицини катастроф, однак така потужна мережа, нажаль, не в силах взяти на себе весь тягар організації надання екстреної медичної допомоги в ситуації ліквідації наслідків Чорнобильської катастрофи. Під час ліквідації наслідків цієї НС всесвітового масштабу брала участь вся системи охорони здоров'я та всі наукові установи академії наук СРСР, всі найпотужніші силові міністерства та відомства держави та їх медичні служби. Нажаль вони не в силах були у повному обсязі впоратися зі всіма завданнями, які були перед ними після такої трагічної НС. Медико-соціальні наслідки

Чорнобильської катастрофи турбують керівництво нашої держави дотепер, і, безперечно, що її наслідки будуть турбувати і майбутні покоління ще багато століть [3].

У всьому світі накопичений великий досвід організації надання екстреної та швидкої медичної допомоги постраждалим в наслідок НС. Однак зараз не існує однієї уніфікованої моделі такої важливої складової медичного захисту населення. У країнах Європи питання надання медичної захисту населення вирішуються по-різному. Це залежить від структури системи охорони здоров'я та наявної нормативно-правової бази адекватної можливостям суспільства [4].

На зорі створення незалежної держави – України, постало завдання перед Службою. За час незалежності, проведена ціла низка заходів, які дозволяють говорити, що Служба створена і працює в умовах діяльності в змозі забезпечувати виконання поставлених перед Службою завдань.

Діяльність Державної служби медицини катастроф, як особливого виду Державної аварійно-рятувальної служби в Україні, організовується відповідно до Положення про Державну службу медицини катастроф, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 827 [5]. Основним завданням державної служби медицини катастроф є надання безоплатної медичної допомоги особам, постраждалим від надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру, рятувальникам та особам, які беруть участь у подоланні наслідків надзвичайних ситуацій. У склад зазначеної служби входять медичні засоби та сили, лікувально-профілактичні заклади територіального та центрального рівнів незалежно від виду діяльності та галузевої належності, визначені МОЗ

України та погодженні з ДСНС України, іншими державними органами управління та облдержадміністраціями [3]. Однак науковці та практики роблять висновок, що теперішній стан Державної служби медицини катастроф України потребує реформування з метою підвищення рівня адекватності вимогам сьогодення. Це повинно бути частиною змін системи охорони здоров'я України в цілому. Вдале реформування Державної служби медицини катастроф України дасть можливість підняти якість та збільшити обсяг надання медичної допомоги особам, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій, зокрема з травматичними пошкодженнями [4].

Сучасний етап розвитку України характеризується поглибленим пошуком найбільш оптимальної моделі медичного рятування постраждалих. Європейський вектор розвитку України обумовлює необхідність наближення державної системи охорони здоров'я до швидкого залучення фахівців для надання медичної допомоги. У цьому контексті доречно вивчити досвід організації надання екстреної медичної допомоги та організації взаємодії в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та в повсякденній діяльності системи екстреної медичної допомоги в державах-сусідах, які вже входять до Європейської спільноти та за своїми природними кліматичними умовами такі ж як Україна. Найближчою до нашої країни є Республіка Польща.

Першим законодавчим актом, що регулював систему державного медичного рятування в Польщі, був Закон від 25 липня 2001 року «Про державне медичне рятівництво», який вперше окреслив принципи організації та роботи системи медичного рятування й виокремив багато основних понять галузі [6]. Уперше було визначено три

професійні групи з надання невідкладної медичної допомоги: лікарі швидкої допомоги, медсестри швидкої допомоги та медичні рятувальники.

До недавнього часу в Польщі намагались копіювати американську систему, коли у 1992 році провели перший набір домедичної дворічної поліцейської школи, випускників якої, хоч і називали на польський манер рятувальниками, але готували відповідно до закордонної програми підготовки парамедиків [7]. Свого часу це була хороша можливість за короткий проміжок часу надати конкретну медичну допомогу людям.

У складі державної системи медичної допомоги Польщі існує 14 травматологічних центрів, 207 відділень невідкладної допомоги при лікарнях, 1450 команд швидкої медичної допомоги, 17 постійно діючих та 1 сезонний вертоліт швидкої медичної допомоги, у яких працюють повітряні медичні рятувальні команди.

З 2010 року у Польщі остаточно перейшли на європейські стандарти екстреної медичної допомоги. Кожне повітове містечко (як в Україні нині райцентр або адміністративний центр об'єднаної територіальної громади) має свою службу прийому хворих, до якої входять диспетчерські, не менше ніж 20 карет медичного рятування та відповідна кількість бригад різного складу: з лікарями, медсестрами і медичними рятувальниками. Упродовж останніх декількох років ухвалено низку юридичних документів, які забезпечують впровадження невідкладної домедичної допомоги в бригадах медичних рятувальників, поліції тощо. Кількість медичних рятувальників сьогодні цілком забезпечує потребу системи медичного рятування країни для залучення до роботи в умовах надзвичайних ситуацій.

Досвід залучення до навчального процесу фахівців протипожежно-рятувальної служби, поліції та фармацевтів дозволяє набувати та відпрацьовувати практичні вміння надання домедичної допомоги на основі оптимізації організації взаємодії пожежно-рятувальної служби та підрозділів невідкладної медичної допомоги в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Завдяки залученню до навчального процесу фахівців досягнуто суттєвого поліпшення показників виживання та відновлення стану здоров'я потерпілих [8].

Водночас необхідно констатувати, що попри професіоналізм, високу якість надання екстреної медичної допомоги та відносно необхідну кількість законтракованих польських бригад швидкої медичної допомоги не завжди є можливість своєчасного доїзду цих бригад, а постраждалим (хворим) отримати своєчасну екстрену медичну допомогу. Такий стан справ є не тільки польською проблемою. Навіть у найбагатших країнах світу, особливо в мегаполісах, малонаселених і сільських районах, трапляється, що бригада швидкої медичної допомоги до місця виклику прибуває зі значним запізненням. Так, наприклад, за зупинки серця вчасне прибуття бригади швидкої медичної допомоги забезпечує здійснення своєчасних реанімаційних заходів.

Досвід свідчить, що на місці події до приїзду бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснити проведення ефективних реанімаційних заходів спроможний той, хто пройшов відповідну підготовку з надання допомоги з підтримки життєво важливих функцій людини при невідкладних станах. Зважаючи на викладене, були створені передумови до залучення до надання допомоги з підтримки життєво важливих функцій людини при невідкладних станах особового складу польської

пожежно-рятувальної служби, яка складається з таких професійних блоків: Державної протипожежної служби, яка діє під керівництвом Міністерства внутрішніх справ Республіки Польща та добровільних пожежних дружин, загальне керівництво якими здійснює Спілка добровільних пожежних товариств.

Впроваджена чітка організація взаємодії підрозділів польської пожежно-рятувальної служби та бригад швидкої медичної на базовому рівні – повіті, а також на рівні воєводства і центральному рівні доказала свою надійність та перспективу на подальший розвиток. Залучення пожежно-рятувальних підрозділів Державної протипожежної служби для надання допомоги та медичного рятування здійснюється за принципом найменшої їх віддаленості до місця події з єдиною лише метою – швидкого прибуття до постраждалих (хворих) [9].

Обсяг медичних послуг, що надаються пожежно-рятувальними підрозділами під час медичного рятування, визначено у Законі Республіки Польща від 8 вересня 2006 року «Про державне медичне рятування» (Dz.U.2006.191.1410), у якому передбачено виконання рятувальниками робіт в рамках надання медичної допомоги [10]. Правилами організації медичного рятування в пожежно-рятувальній службі, затвердженими розпорядженням Міністра внутрішніх справ Республіки Польща від 18 лютого 2011 року (Dz.U.11.46.239), передбачено встановлення певних стандартів з організації медичного рятування та надання кваліфікованої медичної допомоги особам, що знаходяться в стані загрози життю та здоров'ю [11].

Нормативно-правовими актами визначено, що діяльність у сфері медичного рятування в рамках польської пожежно-рятувальної служби можуть

виконувати пожежники, які мають повноваження рятувальника, набуті під час проходження курсу навчання (66 годин) для надання медичної допомоги відповідно до вимог, окреслених у вищезазначеному розпорядженні Міністерства внутрішніх справ Республіки Польща від 12 грудня 2008 року. Після закінчення такого навчання видається свідоцтво встановленого зразка. З метою підтвердження свого статусу рятувальники кожних три роки складають іспит з визначення рівня теоретичних знань та практичних вмій надання такої допомоги.

Діяльність осіб, які входять до складу підрозділів польської пожежно-рятувальної служби, передбачає їхнє вміння проводити медичну допомогу в умовах надзвичайних ситуацій за відсутності можливостей ефективного надання підрозділами державної системи медичної допомоги. Основними завданнями, які передбачені положеннями щодо роботи рятувальників польської пожежно-рятувальної служби, відноситься доступ до людей, які опинилися під загрозою для життя або отримали поранення, а також надання їм медичної допомоги та евакуацію у безпечну зону [12]. В залежності від кількості рятувальників на місці події, їх кваліфікації, а також технічного оснащення медичне рятування здійснюється за трьома рівнями оперативної готовності підрозділів: А, В або С.

Рівень оперативної готовності підрозділів А визначається як здатність надавати кваліфіковану медичну допомогу, принаймні, одним оперативним розрахунком пожежно-рятувального підрозділу, який складається щонайменше з чотирьох рятувальників, не менше двох з них мають кваліфікацію щодо здійснення медичного рятування і представляють медичну групу, оснащену набором стандартного обладнання.

Встановлений рівень оперативної готовності підрозділів *B* – це здатність до надання першої медичної допомоги пожежно-рятувальним підрозділом, який складається щонайменше з чотирьох рятувальників, які мають кваліфікацію для здійснення медичного рятування і представляють медичний підрозділ, зазвичай оснащений стандартним обладнанням. Підрозділами *C* медичне рятування виконується в ситуаціях якщо пожежно-рятувальний підрозділ укомплектований щонайменше шістьма рятувальниками, з яких принаймні двоє є медичними інструкторами.

Рятувальник, якого призначено на посаду медичного інструктора, має кваліфікацію фельдшера, яку він набув після завершення відповідної підготовки в навчальному закладі польської пожежно-рятувальної служби. Цільова готовність кожної одиниці добровільної пожежної бригади, долученої встановленим порядком до польської пожежно-рятувальної служби, має відповідати рівням оперативної готовності *A* і *B* [13].

Надання кваліфікованої медичної допомоги пожежно-рятувальними підрозділами в умовах надзвичайних ситуацій здійснюється залежно від типу травм і поранень людей, з використанням мінімального штатного обладнання, залежно від рівня оперативної готовності, що знаходиться у розпорядженні рятувальників польської пожежно-рятувальної служби. При цьому до обов'язкового обладнання відносяться: медичний набір рятувальника; ноші; дошка ортопедична педіатрична в комплекті (ремені, іммобілізація голови); балон із запасом кисню ємністю 2,7 літрів; набір для ізоляції постраждалих (на 50 осіб).

На місці надзвичайної ситуації рятувальниками польської пожежно-рятувальної служби медичне рятування проводиться у разі відсутності бригад

швидкої медичної допомоги, або браку можливостей використання персоналу швидкої медичної допомоги; коли доступ до постраждалих неможливий через знаходження їх в небезпечній зоні й доступ є лише у рятувальників пожежно-рятувальної служби з використанням їхнього аварійно-рятувального обладнання.

Рятувальники пожежно-рятувальної служби здійснюють медичне рятування у таких випадках: НС набуває масового характеру та кваліфікованої медичної допомоги потребує велика кількість осіб, що знаходяться в стані загрози життю та здоров'ю; для розпізнавання та проведення первинного та/або вторинного медичного сортування осіб, які постраждали; в ситуації рятування життя і здоров'я людей необхідне використання техніки й обладнання, залежно від масштабу, типу та місця появи НС і кількості постраждалих осіб; забезпечення безперервності виконання рятувальниками процесу надання рятувальних дій на місці НС.

Обсяг робіт щодо надання рятувальниками медичної допомоги передбачає здійснення серцево-легеневої реанімації з подачею кисню та застосування дефібрилятора; усунення зовнішньої кровотечі, накладання пов'язки на рану; іммобілізацію ушкоджених при переломах кісток і вивихах; захист від термічних впливів; евакуацію у безпечну зону осіб, які мають загрозу життю та здоров'ю; надання психологічної підтримки людям у стані загрози життю та здоров'ю; проведення попередніх заходів із життєзабезпечення постраждалих шляхом теплового захисту; проведення кисневої терапії; проведення первинного медичного сортування постраждалих [13].

Важливою частиною роботи фахівців пожежно-рятувальної служби вважається документування, з подальшим

аналізом того як надається медична допомога. Це відбувається після надання на місці НС медичної допомоги, коли рятувальник заповнює картку з поясненнями, яку прикріплює до постраждалої особи і передає команді швидкої медичної допомоги. Рятувальник пожежно-рятувальної служби може не заповнювати картку з інформацією при накладанні медичної пов'язки на рану; захисті від переохолодження або перегріву; іммобілізації при переломах кісток і вивихах; психологічній підтримці людей у стані загрози їх здоров'ю і життю; проведенні попередніх заходів із життєзабезпечення людей при евакуації їх з зони НС у разі виникнення загрози життю та здоров'ю; здійсненні кисневої терапії; проведенні первинного медичного сортування постраждалих [14].

Рятувальники, професійні обов'язки яких пов'язані з наданням першої медичної допомоги, мають оволодіти теоретичними знаннями та практичними навичками з надання першої невідкладної медичної допомоги. У зв'язку з ускладненою пожежною ситуацією в Україні та війною на теренах Донецької та Луганської областей, надзвичайно актуально, аби рятувальники володіли знаннями та навичками надання допомоги населенню.

Під час навчань, які проводяться в Інституті державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту (м. Київ), вивчаються способи рятування людей під час небезпеки. Матеріали навчальних курсів ґрунтуються на авторитетних і відпрацьованих у розвинених країнах світу уніфікованих клінічних протоколах медичної допомоги.

Метою курсів є навчання рятувальників, які першими опиняються на місці надзвичайної ситуації, діяти згідно з єдиними протоколами й стандартами разом з медичними працівниками, щоб

зберегти життя постраждалого в екстремальній ситуації.

Рятувальники активно долучилися до практичної роботи разом із медиками під час проведення розвідки місця виникнення надзвичайної ситуації, винесення травмованих у безпечну зону, сортування постраждалих в залежності від складності травм тощо.

Процес створення Державної служби медицини катастроф започаткований постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 року № 343 «Про створення державної служби медицини катастроф», де визначено:

1. утворення державної служби медицини катастроф (далі – Служби) на базі існуючих медичних закладів і у межах виділених на утримання цих закладів коштів;

2. основним завданням Служби є надання особам в екстремальних ситуаціях (аварії, катастрофи, стихійне лихо, епідемії, масові отруєння, радіаційне бактеріологічне і хімічне забруднення, епізоотії тощо) безоплатної медичної допомоги.

Служба складається з медичних засобів та сил, а також лікувальних закладів центрального та територіального рівня незалежно від виду діяльності та галузевої належності, які визначені Міністерством охорони здоров'я за погодженням з Державною службою надзвичайних ситуацій, Міністерством оборони, Міністерством транспорту, Національною гвардією, Міністерством внутрішніх справ, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями:

- координацію діяльності Служби на випадок виникнення екстремальних ситуацій виконують центральна та територіальні координаційні комісії, що

складаються відповідно Кабінетом Міністрів України, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими державними адміністраціями;

- організаційно-методичне керівництво Службою виконує Міністерство охорони здоров'я [15].

Подальший розвиток Служби здійснювався згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 11 липня 2001 року № 827 «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф», в якому регламентовано наступне:

1. державна служба медицини катастроф є спеціальним видом державної аварійно-рятувальної служби, до завдання якої відносять надання безоплатної медичної допомоги постраждалим від НС природного та техногенного характеру (далі – надзвичайні ситуації), рятувальниками та особами, які приймають участь у подоланні наслідків НС.

2. Служба у своїй діяльності керується Конституцією та законами України (254к/96-ВР), актами Президента України і Кабінету Міністрів України, наказами МОЗ України, а також цим Положенням.

3. Організаційно-методичне керівництво Службою здійснює МОЗ України.

4. Координацію діяльності Служби у разі виникнення надзвичайних ситуацій здійснюють центральна та територіальна координаційні комісії Служби, що утворюються згідно із законодавством.

5. Служба утворюється:

- на центральному рівні – МОЗ України;

- на територіальному рівні – Радою міністрів Автономної Республіки Крим, обласними, Київською та Севастопольською міськими держадміністраціями [5].

В цьому контексті були підготовлені

та набрали чинності постанови Кабінету Міністрів України від 05 листопада 2007 року № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року» [16], та від 15 лютого 2002 року № 174 «Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002-2005 роки» [17]. У рамках затверджених постановами Кабінету Міністрів України програм, про які було сказано вище, передбачалось здійснити велику кількість організаційних заходів, які на жаль до цих пір не виконані [3; 4].

З набранням чинності Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та Кодексу цивільного захисту України [18; 19] у зв'язку з відміною цілої низки законів виникла нагальна потреба в адаптації нормативно-правових актів, що потребувало часу.

Доцільно відмітити, що забезпечення ефективної першої допомоги почалося тільки з набранням чинності розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 травня 2019 року № 383 «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги», яке передбачає наступне: перша допомога надається постраждалому на місці події особами, що зазвичай не мають медичної освіти. Ця допомога не може стати заміною екстреній медичній допомозі професійних медичних працівників. Перша допомога надається виключно з метою забезпечення дій та заходів, які необхідно вжити протягом 4–8 хвилин після настання екстреної події – тобто часу, протягом якого приїзд спеціалізованого санітарного автомобіля та професійних медичних працівників бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги може стати неможливим. Завданням осіб, які надають першу допомогу є базова підтримка

життя: забезпечення прохідності дихальних шляхів, підтримка зовнішнього дихання, підтримка кровообігу без використання спеціального обладнання, крім засобів особистого захисту, зупинка кровотечі, яка може стати фатальною для життя постраждалого [20].

На сьогодні в Законі України «Про екстрену медичну допомогу» є термін «домедична допомога» [18]. Це поняття є недосконалим. Попри відсутність медичної освіти у надавачів першої допомоги, їх дії спрямовані на порятунок життя людини і не можуть протиставлятися медичній допомозі. Крім того, дії осіб, які зобов'язані до цього законом та службовими обов'язками, щодо надання першої допомоги не можуть обмежуватись.

У світовій практиці, зокрема у рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівні медичної допомоги визначаються відповідно до медичних завдань, на які спрямовані, а також відповідно до кваліфікації осіб які надають певну допомогу. Термінологію, яку використовують в Україні, необхідно вдосконалювати для відповідності таким міжнародно визнаним підходам.

Зокрема, слід розрізняти такі етапи надання допомоги людині, яка перебуває у невідкладному стані, залежно від суб'єктів надання такої допомоги:

- перша базова допомога, яка спрямована на забезпечення базової підтримки життя; суб'єктами, які надають таку допомогу є особи, які першими з'явилися на місці події;

- перша розширена допомога, яка спрямована на забезпечення базової підтримки життя, але припускає більший об'єм володіння необхідними навичками, у тому числі навичками роботи зі спеціальним обладнанням; суб'єктами, які надають таку допомогу, є особи, які не мають медичної освіти,

але за своїми службовими обов'язками повинні володіти основними практичними навичками з рятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та відповідно до закону зобов'язані здійснювати такі дії та заходи;

- догоспітальна базова допомога – допомога на догоспітальному етапі, яка надається відповідно до медичних настанов для подальшої підтримки циркуляції, відновлення прохідності дихальних шляхів та адекватної вентиляції до прибуття пацієнта в заклад охорони здоров'я для отримання госпітальної допомоги; суб'єктами, які надають таку допомогу, є екстрені медичні техніки, які не є медичними працівниками, мають відповідну підготовку та працюють у складі бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги;

- догоспітальна розширена допомога – професійні дії на догоспітальному етапі відповідно до медичних настанов для подальшої підтримки циркуляції, відновлення прохідності дихальних шляхів та адекватної вентиляції до прибуття пацієнта в заклад охорони здоров'я для отримання госпітальної допомоги; суб'єктами, які надають таку допомогу, є медичні працівники бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги [21].

Важливим кроком під час побудови системи першої допомоги повинно стати запровадження поняття «екстрений медичний реагувальник» (особа, яка пройшла спеціалізоване навчання з надання першої допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя, у тому числі навички володіння відповідним обладнанням). Наявність сертифіката екстреного медичного реагувальника буде обов'язковою вимогою для виконання посадових обов'язків для таких професій: працівники державної пожежної охорони,

фармацевтичні працівники, провідники пасажирських вагонів, рятувальники аварійно-рятувальних служб, поліцейські, бортпровідники та інші особи, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками для того, щоб у разі потреби бути спроможними вжити невідкладних дій та здійснити організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини, яка перебуває у невідкладному стані, та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я [22].

Також буде запроваджено поняття «надавачі першої допомоги».

Надавачі першої допомоги – це особи, які пройшли навчання з надання першої базової допомоги, що включає практичні навички базової підтримки життя. Здобуття відповідних навичок буде обов'язковою частиною кваліфікаційних вимог для таких професій, як:

- вихователі у закладах дошкільної освіти, вчителі у школах та викладачі у закладах вищої освіти;

- інші працівники соціальної сфери та працівники, зайняті на роботах з підвищеною небезпекою.

Стандартизоване навчання навичкам першої базової допомоги також стане невід'ємною частиною підготовки водіїв автотранспорту.

Для того щоб навичками першої допомоги поступово оволоділа максимальна кількість громадян, у партнерстві з системою загальної середньої освіти буде запроваджена відповідна система навчання у рамках чинних освітніх програм учнів 10 і 11 класів [23].

Організація взаємодії екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з Державною службою України з надзвичайних ситуацій в процесі ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій та здійсненні аеромедичної евакуації регламентована відповідними спільними

наказами МВС та МОЗ України [24; 25].

Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29 січня 2020 року № 111-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» у 4 кварталі 2020 року передбачено впровадження:

- спільного реагування на виклики екстреної медичної допомоги складових системи екстреної медичної допомоги, пожежно-рятувальної служби та поліції, а також єдиної національної інтегрованої мережі для будь-яких екстрених ситуацій;

- системи підготовки екстрених медичних реагувальників, визначення механізмів їх оперативного залучення до надання домедичної допомоги у разі настання нещасного випадку або надзвичайної ситуації, здійснення заходів щодо формування реєстру екстрених медичних реагувальників, реалізації технічної можливості автоматичного сповіщення їх про випадки невідкладних станів [26].

Висновки та перспектива подальших досліджень

Польські лікарі запровадили медичне рятування на початку цього століття, і вже можуть ділитися своїм досвідом, який свідчить про його важливу роль в умовах демократизації й трансформації суспільства. Рятування життя і збереження здоров'я людей – найважливіше із завдань, покладених на польських медичних рятувальників і пожежно-рятувальну службу. Надання пожежно-рятувальними підрозділами професійної медичної допомоги людям у стані їх раптової загрози здоров'ю в умовах надзвичайних ситуацій до часу прибуття на місце події команди швидкої медичної допомоги збільшує їх шанси на виживання.

Досвід реформування медичного рятування Польщі є корисним з погляду

розуміння реальності його існування, що спонукає Україну шукати найефективніші шляхи з удосконалення системи охорони здоров'я в цілому. Існуючий стан польської пожежно-рятувальної служби дозволяє забезпечувати ефективне здійснення цілей рятування всіма ланками рятувальної операції.

Україна запозичила для себе польський досвід взаємодії підрозділів медицини катастроф та пожежно-рятувальних підрозділів, використавши саме ті положення, які будуть для неї найбільш прийнятними. Впровадження кращих практик сприяє розвитку людського

потенціалу, якості надання державних і громадських послуг, консолідації суспільства, вирішенню соціальних проблем.

Водночас відрадно відмітити, що Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 29 січня 2020 року № 111-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» передбачено впровадження цієї важливої складової в реальну діяльність екстреної (швидкої) медичної допомоги та пожежно-рятувальної служби та поліції.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Довідка про основні надзвичайні ситуації техногенного, природного та іншого характеру на території України станом на 24 Жов 2020. Державна служба України з надзвичайних ситуацій, офіційний сайт. Доступ за посиланням: <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-dobu/115860.html>
2. Забашта ВФ. Етапи становлення екстреної невідкладної допомоги на Слобожанщині. Медицина невідкладних станів. 2020;16(2):7-10. Доступ за посиланням: <http://www.mif-ua.com/archive/article/49221>
3. Печиборщ ВП, Волянський ПБ, Якимець ВМ, Вороненко ВВ, Хижняк МІ. Медичний захист населення в надзвичайних ситуаціях в єдиній державній системі цивільного захисту: керівництво. Київ; 2019. 425 с.
4. Печиборщ ВП, Волянський ПБ, Якимець ВМ, Вороненко ВВ, Хижняк МІ, Перехрестенко ОВ, та ін. Оптимізація діяльності державної служби медицини катастроф: керівництво. У 2-х томах. Київ: СПД Чалчинська НВ, 2019. 766 с.
5. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Положення про Державну службу медицини катастроф» від 11 Лип 2001 № 827. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-2001-п>
6. Адамкєвіч-Герод Б, Мадовіч Я. Система освіти медичних рятувальників у Польщі. Екстрена медицина: від науки до практики. 2013;3(04):71-8.
7. Фалько О. Шлях, який пройшла Польща від парамедика до рятувальника. Медична газета «Ваше здоров'я», 22 Тра 2019. Доступ за посиланням: <https://www.vz.kiev.ua/shlyah-yakuj-projshla-polshha-vid-paramedyka-do-ryativnyka>
8. Craig AM, Verbeek PR, Schwartz B. Evidence-based optimization of urban firefighter first response to emergency medical services 9-1-1 incidents, "Prehosp Emerg Care". 2010;14(1):109-17. DOI: 10.3109/10903120903349754. PMID: 19947875.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 roku w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Available from: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20070600408>

10. Ustawa o Panstwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 wrzesnia 2006 roku (Dz. U. Nr 191, poz. 1410). Available from: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20061911410>
11. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad ekranizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Dz. U. z dnia 3 marca 2011 r.). Available from: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20110460239>
12. Гур'єв С.О. Деякі питання реформування територіального рівня державної служби медицини катастроф на прикладі великого промислового регіону. Травма. 2013;14(6):67-74. Доступ за посиланням: <http://www.mif-ua.com/archive/article/37711>
13. Zasady organizacji ratownictwa medycznego w Krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym. Warszawa; 2013. Available from: <http://www.straz.gov.pl>
14. Jakubaszko J. Kierunek ratowniczo-medyczny: studia licencjackie pierwszego stopnia. Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Wrocław; 2007. Available from: <http://www.medycynaratunkowa.wroc.pl/o-nas/zarząd/juliusz-jakubaszko>
15. Постанова Кабінету Міністрів України «Про створення державної служби медицини катастроф» від 14 Кві 1997 № 343. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/343-97-п>
16. Постанова Кабінету Міністрів України від 05 Лис 2007 № 1290 «Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року». Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1290-2007-п>
17. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Програми розвитку Державної служби медицини катастроф на 2002-2005 роки» від 15 Лют 2002 № 174. Доступ за посиланням: https://ips.ligazakon.net/document/view/КР020174?ed=2002_02_15
18. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5 Лип 2012 № 5081-V. Доступ за посиланням: http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/T125081.html
19. Кодекс цивільного захисту України від 2 Жов 2012 № 5403-VI. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17>
20. Волянський ПБ. Методологічні засади створення системи медичного реагування на надзвичайні ситуації в межах єдиної системи цивільного захисту. Медицина невідкладних станів. 2009;3-4(22-23).
21. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» від 22 Тра 2019 № 383-р. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/383-2019-р>
22. Dane statystyczne SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Available from: <http://www.wim.mil.pl/mwm/1457-lotnicze-pogotowie-ratunkowe-pomoc-przychodzi-z-gry>
23. Михайлов ВМ. Організація взаємодії державних і муніципальних підрозділів екстреної допомоги населенню в системі 112. Державне управління: удосконалення та розвиток [Інтернет]. 2015. Доступ за посиланням: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=837>
24. Спільний наказ МВС та МОЗ України «Про затвердження Інструкції щодо організації взаємодії між Державною службою України з надзвичайних ситуацій і Міністерством охорони здоров'я України у разі виникнення надзвичайних ситуацій» від 03 Кві

2018 № 275/600. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0479-18>

25. Спільний наказ МВС та МОЗ України «Про затвердження Порядку спільних дій сил цивільного захисту та закладів охорони здоров'я під час здійснення аеромедичної евакуації повітряними суднами Державної служби України з надзвичайних ситуацій» від 16 Лип 2018 № 677/1503. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1232-18>

26. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» від 29 Січ 2020 № 111-р. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступ за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/111-2020-p>

Volianskyi P.B., Mykhailov V.M., Khoroshun E.M., Pechyborshch V.P., Yakymets V.M., Pechyborsch O.V., Yakymets V.V.

INTERACTION EXPERIENCE OF MEDICAL RESCUE UNITS WITH RESCUERS OF THE REPUBLIC OF POLAND AND ITS IMPLEMENTATION IN UKRAINE

Aim of research is to study the positive experience of the medical rescue units disaster medicine in cooperation with fire and rescue units in Poland and analyzing historical aspects of disaster medicine in Ukraine and the organization of interaction of the State Service of Ukraine for Civil Protection. A detailed analysis of the experience of medical rescue by disaster medicine units in cooperation with fire and rescue units in the Republic of Poland and the historical aspect of the creation of disaster medicine in Ukraine and the organization of its interaction by the State Civil Defense Service of Ukraine. Factors of positive and negative influence on results of activity are defined. Ukraine has borrowed the Polish experience of cooperation between disaster medicine units and fire rescue units, using exactly those provisions that will be most acceptable to it. Implementing of best practices contributes to the development of human potential, quality of public and social services, consolidation of society, solution of social problems. The key to the successful completion of the tasks of disaster medicine units and fire and rescue units for medical rescue is, in particular, adequate resources, improvement of practical skills and interaction in the process of providing first aid. The best practices of providing qualified medical care to victims of emergencies in each country are unique and reflect the specifics of its operation, so the implementation of the experience is appropriate to take into account the specifics of the development of a particular country.

Keywords: *medical rescue, emergencies, victims, organization of interaction, implementation of experience.*

Волянський П.Б., Михайлов В.М., Хорошун Е.М., Печиборщ В.П., Якимец В.М., Печиборщ О.В., Якимец В.В.

ОПЫТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО СПАСЕНИЯ СО СПАСАТЕЛЯМИ РЕСПУБЛИКИ ПОЛЬША И ВНЕДРЕНИЕ ЕГО В УКРАИНЕ

Проведен подробный анализ опыта организации медицинского спасения подразделениями медицины катастроф во взаимодействии с пожарно-спасательными подразделениями Республики Польша, исторического аспекта создания медицины катастроф

в Украине и ее взаимодействия с Государственной службой Украины по гражданской защите. Определены факторы положительного и негативного влияния результатов деятельности. Украина позаимствовала для себя польский опыт взаимодействия подразделений медицины катастроф и пожарно-спасательных подразделений, использовав именно положения, которые будут для нее наиболее приемлемыми. Залогом успешного выполнения задач подразделений медицины катастроф и пожарно-спасательных подразделений медицинского спасения является, в частности, надлежащее ресурсное обеспечение, усовершенствование практических навыков взаимодействия в процессе оказания первой медицинской помощи. Лучшие практики предоставления квалифицированной медицинской помощи пострадавшим в условиях чрезвычайных ситуаций в каждой стране уникальны и отражают специфику ее функционирования, поэтому внедрение опыта целесообразно с учетом особенностей развития конкретной страны.

Ключевые слова: медицинское спасение, чрезвычайные ситуации, пострадавшие, организация взаимодействия, внедрение опыта.

Відомості про авторів

Волянський Петро Борисович – доктор наук з державного управління, професор, в.о. начальника Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту, м. Київ.

Адреса: Україна, 04074, м. Київ, вул. Вишгородська 21.

E-mail: drvolyanskiy@ukr.net

ORCID: 0000-0001-9465-6593.

Михайлов Віктор Миколайович – кандидат наук з державного управління, доцент, заступник начальника Інституту державного управління та наукових досліджень з цивільного захисту, м. Київ.

Адреса: Україна, 04074, м. Київ, вул. Вишгородська 21.

E-mail: mvn2006@ukr.net

ORCID: 0000-0002-5629-1500.

Хорошун Едуард Миколайович – начальник Військово-медичного клінічного центру Північного регіону, м. Харків.

Адреса: Україна, 61058, м. Харків, вул. Культури, 5.

E-mail: ehoroshun@i.ua

ORCID: 0000-0003-1258-1319.

Печиборц Вячеслав Петрович – доктор медичних наук, професор, завідувач відділу науково-організаційної роботи та інформації Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ.

Адреса: Україна, 04053, м. Київ, узвіз Вознесенський, 22.

E-mail: vyacheslav.pechiborshch@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4598-9644.

Якимець Володимир Миколайович - доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-організаційної роботи та методичної роботи Державної наукової установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ.

Адреса: Україна, 04053, м. Київ, узвіз Вознесенський, 22.

E-mail: carpus54@ukr.net

ORCID: 0000-0002-5407-4609.

Печиборщ Олександр В'ячеславович – начальник відділення нейрохірургії зі спінальними хворими Головного військово-медичного клінічного центру (Центральний клінічний госпіталь) Державної прикордонної служби України, м. Київ.

Адреса: Україна, 03083, м. Київ, вул. Ягідна, 58.

E-mail: petcha10@meta.ua

ORCID: 0000-0002-4985-3069.

Якимець Володимир Володимирович – кандидат медичних наук, доцент кафедри військової токсикології, радіології та медичного захисту, Української військово-медичної академії, м. Київ.

Адреса: Україна, 01015, м. Київ, вул. Московська 45/1, буд. 33.

E-mail: patriotukr@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2221-4611.