

М.П. Галькевич, Н.В. Дробінська,  
О.Р. Макар, О.Є. Лабінська, Н.О. Рак

Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького

УДК 614.88:355

# ОСНОВИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ

**Резюме.** У статті висвітлено особливості надання допомоги постраждалим в умовах військових дій. Найбільш результативним сьогодні вважається американський стандарт надання допомоги пораненим (Tactical Combat Casualty Care – TCCC), що передбачає сукупність послідовних дій до прибуття пораненого в медичний заклад та включає допомогу під вогнем, алгоритм надання допомоги в умовно безпечному місці й допомогу на етапі тактичної евакуації. Дотримання відповідних рекомендацій забезпечує порятунок життя максимальної кількості поранених.

**Ключові слова:** тактична медицина, перша допомога пораненим.

**Актуальність.** Вміти надати допомогу собі та пораненому, який перебуває поряд, як ніколи є актуальною проблемою в умовах війни в Україні. Більшість рекомендацій є подібними та передбачають першочергову зупинку кровотечі, яка є основною причиною смерті на полі бою, подальшу допомогу відповідно до алгоритму й швидку евакуацію пораненого. Надання допомоги постраждалим в умовах військових дій має свої особливості. А використання стандартизованих алгоритмів з урахуванням власної безпеки, володіння необхідними практичними навичками забезпечує максимальну ефективність та якість надання допомоги.

Тактична медицина, на відміну від цивільної, підкреслює важливість вогневої переваги над противником, запобігання додатковим втратам і виконання бойового завдання та не розглядає проведення серцево-легеневої реанімації на полі бою, тоді як у цивільних умовах серцево-легенева реанімація може бути пріоритетною.

Найактуальнішим та найбільш результативним сьогодні вважається американський стандарт надання допомоги пораненим в умовах військових дій (Tactical Combat Casualty Care — TCCC) [1-4]. Метою TCCC є виконати бойове завдання, запобігти новим пораненням і надати допомогу пораненому, залежно від тактичної ситуації.

Відповідно до стандарту TCCC виділяють три основні етапи/фази надання допомоги:

- Допомога під вогнем («червона зона») — Care under fire (CUF).
- Тактична допомога в польових умовах («жовта зона») — Tactical field care (TFC).
- Тактична евакуаційна допомога («зелена зона») — Tactical evacuation care (TACEVAC).

© М.П. Галькевич, Н.В. Дробінська, О.Р. Макар,  
О.Є. Лабінська, Н.О. Рак

**Допомога під вогнем** є першим етапом надання допомоги згідно зі стандартом TCCC, що передбачає зупинку критичної зовнішньої кровотечі безпосередньо в зоні обстрілу. Вона може здійснюватися як самопомога або за неможливості — побратимом чи військовим медиком за допомогою засобів індивідуальної аптечки пораненого або засобів із медичної сумки військового медика.

Слід пам'ятати, що на полі бою пріоритетом є виконання бойового завдання, тому необхідно спочатку спілкуватися із пораненим на відстані, наказати пораненому надати допомогу самому собі, щоб зупинити критичну кровотечу, продовжувати вогонь у відповідь, якщо це можливо, і переміститися в укриття. У разі неможливості надання самопомоги пораненому надається допомога побратимами або бойовим медиком, коли це дозволяє тактична ситуація. Ознаками критичної (життєво загрозливої) кровотечі є:

- наявність плями крові, що швидко поширюється на одязі пораненого та на землі;
- інтенсивна або пульсуюча кровотеча з рани;
- ампутована верхня або нижня кінцівка.

Зупинити критичну кровотечу з верхніх та нижніх кінцівок на полі бою можна за допомогою накладання турнікетів, рекомендованих Комітетом TCCC. Запідозривши масивну кровотечу, потрібно швидко накласти турнікет максимально високо і щільно на кінцівку, безпосередньо на одяг. Після цього поранений переміщується в укриття.

**Допомога в тактичних умовах** є другим етапом надання допомоги, що надається в умовно безпечному місці, поза межами прямої загрози обстрілу (наприклад, у бліндажі, підвалі, окопі тощо). Цей етап допомоги передбачає швидкий детальний огляд пораненого і більш ширший спектр можливостей для порятунку життя. Щоб

це було можливим, необхідна організація периметра безпеки та контроль ситуації відповідно до тактичних умов. Якщо поранених є більше ніж один, проводиться їх медичне сортування. На цьому етапі перед наданням допомоги обов'язковим є вилучення в поранених зброї та засобів зв'язку.

Для забезпечення правильної послідовності дій рятувальника, а відповідно зменшення кількості помилок та коректної тактики щодо порятунку життя поранених, рекомендовано дотримуватися алгоритму **MARCH** [4, 5]. Кожна літера алгоритму забезпечує правильність визначення пріоритетності надання допомоги в разі життєво загрозливих станів. Окрім цього, підкреслюється важливість саме масивної кровотечі, виявлення якої в будь-який момент огляду пораненого зобов'язує рятувальника, який надає допомогу, першочергово зупинити її.

### **М — Massive Hemorrhage (Масивна кровотеча)**

Літера «М» передбачає виконання дій, спрямованих на виявлення та контроль масивної (критичної) кровотечі. Для цього проводиться детальний візуальний і тактильний огляд пораненого починаючи з голови до ніг, включаючи передню, задню частину тіла, ділянку шиї, пахвові і пахвинні ділянки, знявши перед тим або розрізавши одяг. Якщо виявлені нові поранення з критичною кровотечею — слід негайно її зупинити.

Для контролю кровотечі можна використати такі методи [6]:

- прями тиск на рану (використовується як тимчасовий метод зупинки кровотечі, допоки, наприклад, готуються інші засоби для її зупинки);
- застосувати турнікет (накладається 5-8 см вище від місця поранення на кінцівку або вище від кульги травматично ампутованої кінцівки безпосередньо на шкіру);
- використати гемостатичний бинт або інші гемостатичні засоби для зупинки кровотечі. Вони застосовуються для зупинки кровотеч із анатомічних ділянок, де неможливо накласти турнікет (шия, пахви, пах, промежина, сідниці), або ж як доповнення у випадку конверсії турнікета; застосування гемостатичної марлі потребує обов'язкового прямого тиску на рану не менше трьох хвилин, після чого накладається тиснуча пов'язка, при цьому пульс на кінцівці нижче від місця накладання пов'язки повинен бути відчутним, в іншому разі пов'язка накладена занадто туго і її слід послабити;
- використати вузловий турнікет, якщо такий є в наявності, у разі кровотечі з вузлових ділянок (місця з'єднання тулуба з кінцівками);
- застосувати iTClamp у разі кровотечі з голови та шиї, попередньо звівши до купи краї рани (попередньо рекомендовано зробити

тампонаду рани за допомогою гемостатичної пов'язки або, наприклад, кровозупинного засобу XStat).

### **A — Airways (Дихальні шляхи)**

Літера «А» передбачає відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів. Поранений, який не має обструкції дихальних шляхів та перебуває у свідомості, не потребує виконання додаткових дій.

Перевірити дихання в пораненого без свідомості можна використавши принцип «чую — бачу — відчуваю». Для цього необхідно нахилитися до пораненого в такий спосіб, щоб чути дихання своїм вухом, бачити піднімання грудної клітки й відчувати подих на своїй щоці (упродовж десяти секунд перевірки в живої людини має бути не менше двох подихів) [7].

У непритомному стані є ризик блокування дихальних шляхів за рахунок язика та м'якого піднебіння. Тому в разі відсутності свідомості пораненого слід перевести в стабільне положення на боці або використати назофарингеальний, орофарингеальний або надгортанний повітровід.

Потерпілий у свідомості, за наявності загрози непрохідності дихальних шляхів, може зайняти зручне положення (наприклад, сісти, нахилитись уперед). У разі потреби проводиться аспірація вмісту ротової порожнини (мокротиння, крові тощо), введення назофарингеального повітроводу, переведення пораненого в стабільне бокове положення.

Неефективність або неможливість використання перелічених заходів, а також прогресування ознак непрохідності верхніх дихальних шляхів потребує виконання крикотиреотомії.

Для кращої оцінки дихальних шляхів слід контролювати сатурацію киснем крові пораненого, а також регулярно проводити переоцінку прохідності дихальних шляхів у нього.

### **R — Respiration (Дихання)**

Літера «R» передбачає контроль дихання пораненого та у випадку виявлення в нього пневмотораксу надання необхідної допомоги. Найбільш небезпечним є напружений пневмоторакс, що може призвести до смерті постраждалого.

Розвиток напруженого пневмотораксу можна запідозрити за наявності травми грудної клітки, що супроводжується одним або декількома ознаками: прогресуванням задишки, відсутністю або істотним ослабленням дихання на одному боці грудної клітки, зниженням сатурації крові <90%, шоком або ж зупинкою серця за відсутності інших смертельних поранень [8].

Для виявлення порушення дихання необхідно оцінити загальний стан пораненого, зокрема й стан його дихання, та провести ретельний огляд грудної клітки, розтягуючи шкіру на ній для

виявлення можливих отворів, через які повітря може надходити в плевральний простір із наступним розвитком колапсу легені.

Якщо в пораненого наявне відкрите або проникаюче поранення грудей, через яке повітря потрапляє в плевральну порожнину, для невідкладної допомоги слід застосувати оклюзійну наліпку [9]. Слід пам'ятати, що в разі виявлення одного отвору необхідно ретельно оглянути пораненого на наявність іншого (наприклад, у разі вогнепальних поранень). Кожен з отворів у грудній клітці необхідно заклеїти оклюзійною наліпкою, бажано з клапаном.

Після цього стан пораненого потрібно постійно контролювати. Для моніторингу можна використати пульсоксиметрію. Поранений у свідомості може зайняти зручне положення сидячи, або ж необхідно покласти його на уражений бік. Якщо стан погіршується, слід запідозрити наявність напруженого пневмотораксу. Для допомоги в цьому випадку необхідно на короткотривалий час відклеїти накладену оклюзійну наліпку. Якщо маніпуляція виявилась неефективною, то, найімовірніше, є потреба у виконанні голкової декомпресії.

Декомпресію грудної клітки можна виконати за допомогою голки/катетера розміром 14G або 10G довжиною більше 8 см (3,25 дюйма). Для цього в II міжребер'ї (по верхньому краю III ребра) по середньоключичній лінії або в V міжребер'ї (по верхньому краю VI ребра) по передній пахвинній лінії на ураженому боці голку/катетер вводиться під прямим кутом до поверхні грудної клітки, після чого голка забирається, а катетер залишається та фіксується. У разі успішної декомпресії з'явиться характерний звук виходу повітря, сатурація підвищиться, покращиться функція дихання та кровообігу. У разі потреби, якщо спроба усунення пневмотораксу була невдалою, виконується повторна декомпресія. Також може бути необхідне проведення двосторонньої декомпресії грудної клітки. При цьому слід пам'ятати, що напружений пневмоторакс може розвинути і за відсутності відкритого пошкодження грудної клітки.

У разі погіршення стану пораненого, коли спостерігається набухання шийних вен, відхилення трахеї в протилежний бік, що є пізніми ознаками напруженого пневмотораксу, для уникнення смерті необхідно надати негайну хірургічну допомогу й провести повноцінне дренування плевральної порожнини.

### **С — Circulation (Кровообіг)**

Літера «С» алгоритму MARCH передбачає виявлення ознак геморагічного шоку, переоцінку та корекцію попередньо застосованих засобів для зупинки кровотечі, виявлення переломів кісток таза, що можуть бути причиною масивної

внутрішньої кровотечі, та інших травм, якщо вони не виявлені раніше.

Необхідно провести переоцінку попередньо застосованих турнікетів, щоб упевнитись у необхідності їх ефективності [10]. Якщо раніше не було вказано час накладання турнікета, за допомогою незмивного маркера потрібно вказати його у 24-годинному форматі.

Коли від моменту накладання турнікета минуло менше як дві години (окрім ситуації, коли поранений у стані шоку або наявна ампутація кінцівки), а кровотечу можна контролювати за допомогою інших гемостатичних засобів, рекомендовано провести конверсію турнікета, якомога швидше замінивши його на гемостатичні засоби (тампонування рани) та компресійні пов'язки. Категорично заборонено знімати турнікет, якщо від моменту його накладання минуло більше як шість годин.

Під час оцінки стану пораненого слід звернути увагу на дві основні ознаки, що вказують на стан шоку в нього, а саме відсутність периферичного пульсу і зміна свідомості за відсутності черепно-мозкової травми. Потрібно налагодити внутрішньовенний або за неможливості його забезпечення — внутрішньокістковий доступ для можливості введення медикаментів та здійснення інфузії.

Поранений зі значною крововтратою (у стані шоку) потребує якнайшвидшого внутрішньовенного або внутрішньокісткового введення 2,0 г транексамової кислоти [11]. Найефективнішим буде її використання впродовж однієї години після травми, навіть при внутрішніх кровотечах, де застосування турнікетів і гемостатичних пов'язок неможливе. Якщо минуло понад три години після травми, транексамову кислоту застосовувати не варто, оскільки її використання в цьому випадку, навпаки, знизить шанси на виживання пораненого.

Пріоритетом у допомозі пораненим з ознаками геморагічного шоку є якнайшвидша гемотрансфузія цільної крові 0 групи (бажано резус мінус). За неможливості проводиться інфузія компонентів крові. У момент застосування інфузії необхідно розпочати заходи, спрямовані на попередження гіпотермії в пораненого.

Кожних 500 мл інфузії потребує оцінки стану пораненого. Якщо в пораненого на променевій артерії відчувається пульс, покращився стан свідомості або систолічний артеріальний тиск сягнув 100 мм рт. ст., введення розчинів слід припинити. У поранених із порушенням свідомості через черепно-мозкову травму для припинення інфузії слід орієнтуватись на появу нормального пульсу на променевій артерії. Якщо в пораненого після введення рідини спостерігається рефрактерний шок, як причину необхідно розглянути напружений пневмоторакс.

Перелом кісток таза можна запідозрити у випадку попередньої тяжкої тупої або вибухової травми, якщо травмований скаржить на больові відчуття в ділянці таза, наявна повна чи часткова ампутація нижньої кінцівки, під час обстеження виявлено рухомість кісток таза, крепітацію під час пальпації, синці, деформацію, проникаючі поранення в ділянці таза, у пораненого порушена свідомість або тяжкий шок.

Запідозривши перелом кісток таза, з метою уникнення більшої травматизації та масивної кровотечі, пораненого не слід перевертати. Для фіксації необхідно застосувати комерційний (якщо такий наявний) або імпровізований тазовий бандаж.

## **H — Head injury (Травма голови), Hypothermia (Гіпотермія)**

Літера «H» є останньою в алгоритмі MARCH, що передбачає допомогу у випадку травм голови, з яких досить часто є травма ока, та виконання дій для запобігання гіпотермії пораненого.

Виявивши травму ока, необхідно провести швидкий польовий тест на гостроту зору (читання дрібного шрифту, підрахунок кількості пальців, розпізнавання жестів рукою, дослідження реакції на світло). Результат потрібно задокументувати.

Для допомоги око слід закрити захисним щитком і зафіксувати його по периферії. Категорично не можна накривати поранене око безпосередньо марлевими чи бинтовими пов'язками або здійснювати тиск на нього. Якщо в оці є сторонній предмет, його не витягують, а фіксують за допомогою імпровізованих засобів захисту ока, які не матимуть тиску на нього.

Додатково пораненому потрібно дати антибіотик. Перевага віддається пероральному використанню 400 мг моксифлоксацину (є в наборі препаратів в індивідуальній аптечці). За неможливості використовують внутрішньовенне або внутрішньом'язове введення антибіотиків. Необхідно пам'ятати про постійний моніторинг стану пораненого.

Оскільки поранений не в змозі підтримувати температуру тіла на достатньому рівні і в нього швидко розвивається гіпотермія, потрібно якомога раніше провести заходи для її попередження. Важливим аргументом у цій ситуації є порушення функціонування системи згортання крові при гіпотермії, що веде до посилення крововтрати. Тому потрібно зігріти пораненого, намагаючись захистити його від впливу холоду, вітру й атмосферних опадів. Якщо одяг пораненого мокрий, слід замінити його на сухий [12].

Для зігрівання можна використати теплостійку ковдру, спальний мішок та інші легкодоступні утеплювачі. Між пораненим і холодною поверхнею необхідно розмістити ізоляційний матеріал. Зігрівати потрібно всього пораненого, а не

лише окремі частини тіла. Інфузії слід проводити підігрітими розчинами. Також можна використовувати самонагрівні покривала, грілки, але при цьому уникати прямого контакту зі шкірою пораненого.

Кінцевим етапом надання допомоги є проведення знеболення в разі потреби, для цього використовуються таблетовані або парентеральні лікарські засоби.

Важливе психологічне значення має позитивна комунікація. За можливості необхідно розмовляти з пораненим, підбадьорювати та заспокоювати його. Також важливо якнайшвидше вирішити питання евакуації. Медикам евакуаційних підрозділів потрібно надати інформацію про отримані травми та механізм їх виникнення, стан пораненого й обсяг наданої допомоги.

Уся інформація про отримані травми, надану допомогу і зміни в стані пораненого вноситься в первинну медичну документацію – картку пораненого, яка прикріплюється до самого пораненого та передається на наступний етап допомоги.

**Тактична евакуація** є третім етапом надання допомоги згідно зі стандартом ТССС. Для порятунку життя пораненого тактичну евакуацію до етапу кваліфікованої медичної допомоги необхідно здійснити в найкоротший можливий термін.

Менеджмент пораненого на етапі тактичної евакуації відбувається за тим самим алгоритмом, що й на етапі допомоги в тактичних умовах. Якщо в пораненого під час пульсоксиметрії виявлена низька сатурація, відсутня свідомість, наявна черепно-мозкова травма, стан шоку, ознаки отруєння продуктами згоряння, або поранений перебуває високо над рівнем моря, йому може знадобитися киснева терапія.

Додатково для відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів може бути розглянута ендотрахеальна інтубація та перевід на апаратну штучну вентиляцію легень.

Середньотяжка або тяжка черепно-мозкова травма в пораненого є підставою для постійного моніторингу стану свідомості, розширення зіниць, рівня артеріального тиску (більше ніж 90 мм рт. ст.), сатурації кисню (більше ніж 90%), гіпотермії. У разі потреби необхідно застосовувати заходи для зменшення ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску. Проникаюча травма голови потребує застосування антибіотиків. Травма шийного відділу хребта має розглядатися до тих пір, поки вона не буде повністю виключена.

Дуже вагомою на етапі тактичної евакуації, як і на попередніх етапах, буде комунікація з пораненим, підбадьорювання його і заспокоєння. Уся інформація про стан пораненого й обсяг наданої на цьому етапі допомоги фіксується в картці пораненого і передається на наступний етап надання допомоги.

**Висновки**

Американський стандарт надання допомоги пораненим в умовах військових дій (Tactical Combat Casualty Care — TCCC) передбачає сукупність послідовних дій до прибуття пораненого в медичний заклад та включає допомогу під

вогнем, тактичну допомогу в умовно безпечному місці й на етапі евакуації. Дотримання відповідного стандарту забезпечує порятунок життя максимальної кількості поранених і збереження їх функціональності.

**Список використаної літератури**

1. Рекомендації з тактичної допомоги пораненим в умовах бойових дій для медичного персоналу (Tactical Combat Casualty Care Guidelines for Medical Personnel). 15 грудня 2021.
2. Strauss R, Menchetti I, Perrier L, Blondal E, Peng H, Sullivan-Kwantes W, et al. Evaluating the Tactical Combat Casualty Care principles in civilian and military settings: systematic review, knowledge gap analysis and recommendations for future research. *Trauma Surg Acute Care Open*. 2021 Oct 19;6(1):e000773. doi: 10.1136/tsaco-2021-000773. PMID: 34746434; PMCID: PMC8527149.
3. Puryear B, Roarty J, Knight C. EMS Tactical Combat Casualty Care. [Updated 2022 Oct 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532260/>
4. <https://tccc.org.ua/collection/tccc-guidelines>
5. Montgomery HR, Butler FK Jr, Kerr W, Conklin CC, Morissette DM, Remley MA, et al. TCCC Guidelines Comprehensive Review and Update: TCCC Guidelines Change 16-03. *J Spec Oper Med*. 2017 Summer;17(2):21-38. doi: 10.55460/ZGAF-INZU. PMID: 28599032.
6. Sims K, Montgomery HR, Dituro P, Kheirabadi BS, Butler FK. Management of External Hemorrhage in Tactical Combat Casualty Care: The Adjunctive Use of XStat™ Compressed Hemostatic Sponges: TCCC Guidelines Change 15-03. *J Spec Oper Med*. 2016 Spring;16(1):19-28. [PubMed]
7. Елсон Р, Ган К, Кемпбелл Дж. Догоспітальна допомога при травмах. *International Trauma Life Support: пер. з англ. 9-го вид.; наук. ред. пер. Волосовець АК: ВСВ «Медицина», 2023. 440 с.*
8. Butler FK, Holcomb JB, Shackelford SA, Montgomery HR, Anderson S, Cain JS, et al. Management of Suspected Tension Pneumothorax in Tactical Combat Casualty Care: TCCC Guidelines Change 17-02. *J Spec Oper Med*. 2018 Summer;18(2):19-35. [PubMed]
9. Butler FK, DuBose JJ, Otten EJ, Bennett DR, Gerhardt RT, Kheirabadi BS, et al. Management of Open Pneumothorax in Tactical Combat Casualty Care: TCCC Guidelines Change 13-02. *J Spec Oper Med*. 2013 Fall;13(3):81-86. [PubMed]
10. *Tactical Combat Casualty Care. Prehospital Trauma Life Support. Quick Reference Guide. First Edition.* [https://ems.ca.gov/wp-content/uploads/sites/71/2017/07/TCCC\\_Quick\\_Reference\\_Guide\\_2017.pdf](https://ems.ca.gov/wp-content/uploads/sites/71/2017/07/TCCC_Quick_Reference_Guide_2017.pdf)
11. Drew B, Montgomery HR, Butler FK Jr. Tactical Combat Casualty Care (TCCC) Guidelines for Medical Personnel: 05 November 2020. *J Spec Oper Med*. 2020 Winter;20(4):144-151. doi: 10.55460/RBRA-WMVV. PMID: 33320328.
12. Bennett BL, Holcomb JB. Battlefield Trauma-Induced Hypothermia: Transitioning the Preferred Method of Casualty Rewarming. *Wilderness Environ Med*. 2017 Jun;28(2S):S82-S89. [PubMed].

**FUNDAMENTALS OF PROVIDING ASSISTANCE TO THE WOUNDED IN THE CONDITIONS OF MILITARY ACTIONS**

**M.P. Halkevych, N.V. Drobinska, O.R. Makar, O.Y. Labinska, N.O. Rak**

**Abstract.** This article provides a brief overview of the relationship between triglycerides, triglyceride-rich lipoproteins, and atherosclerosis. The article highlights the peculiarities of providing assistance to victims in the conditions of military operations. Today the American standard for providing care for the wounded (Tactical Combat Casualty Care — TCCC) is the most effective, and provides for a set of sequential actions before the injured person arrives at a medical facility and includes care under fire, tactical field care, and tactical evacuation care. Adherence to the appropriate recommendations ensure the saving of lives of the maximum number of wounded.

**Keywords:** tactical medicine, first aid to the injured.

**Для цитування:** Галькевич МП, Дробінська НВ, Макар ОР, Лабінська ОЄ, Рак НО. Основи надання допомоги пораненим в умовах військових дій. *Практикуючий лікар*, 2023. № 4, с. 27-32. DOI: 10.31793/2413-5461.2023.12-4.27.

**Адреса для листування:** Галькевич Марта Петрівна, [mgalk.med@gmail.com](mailto:mgalk.med@gmail.com); Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна, вул. Пекарська, 69, 79010.

**Відомості про авторів:** Галькевич Марта Петрівна, канд. мед. наук, асистентка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0003-0010-8751. Дробінська Наталія Вікторівна, PhD, асистентка кафедри внутрішньої медицини № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-4714-3688. Макар Оксана Романівна, канд. мед.

наук, доцентка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-1863-1412. Лабінська Ольга Євгеніївна, PhD, асистентка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-2923-1182. Рак Наталія Олегівна, PhD, асистентка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-2272-9877.

**Особистий внесок:** Галькевич Марта Петрівна — написання статті, обробка літературних даних. Дробінська Наталія Вікторівна — підбір та обробка літературних даних. Макар Оксана Романівна — генератор ідеї. Лабінська Ольга Євгеніївна — підготовка статті відповідно до вимог. Рак Наталія Олегівна — остаточний аналіз даних літератури.

**Фінансування:** Немає джерел фінансування.

**Декларація:** Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

**Проходження статті:** Надійшла до редакції 25.10.2023 р., прийнята на друкування 03.11.2023 р., надрукована 30.12.2023 р.

**For citation:** Halkevych MP, Drobinska NV, Makar OR, Labinska OY, Rak NO. Fundamentals of providing assistance to the wounded in the conditions of military actions. The Practitioner, 2023. № 4, p. 27-32. DOI: 10.31793/2413-5461.2023.12-4.27.

**Correspondence address:** Halkevych Marta, mgalk.med@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine.

**Information about the authors:** Halkevych Marta, PhD, assistant Professor Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0003-0010-8751. Drobinska Nataliia, PhD, assistant Professor Department of Internal Medicine № 1, Danylo Halytsky Lviv

National Medical University. ORCID: 0000-0002-4714-3688. Makar Oksana, PhD, associate Professor Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-1863-1412. Labinska Olha, PhD, assistant Professor Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-2923-1182. Rak Nataliia, PhD, assistant Professor Department of Family Medicine FPGE, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-2272-9877.

**Personal contribution:** Halkevych Marta — writing an article, analysis of literature data. Drobinska Nataliia — analysis of literature data. Makar Oksana — idea generator. Labinska Olha — preparation of the article according to requirements. Rak Nataliia — final analysis of literature data.

**Funding:** No sources of funding.

**Declaration of Ethics:** The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

**Article:** Received 25.11.2023, accepted 03.12.2023, published 30.12.2023.