

<https://doi.org/10.47183/mes.2025-263>

УДК 616.8



ОБЪЕМ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ПУЛЕВЫХ И ОСКОЛОЧНЫХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В.В. Масляков^{1,2✉}, С.А. Сидельников¹, С.Е. Урядов², В.Г. Барсуков², Д.В. Ересько²¹ Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия² Саратовский медицинский университет «Реавиз», Саратов, Россия

Введение. Огнестрельные ранения живота встречаются в 4,7–16,2% от общего числа ранений. Такие ранения сопровождаются высокими показателями летальных исходов (их количество зависит от характера ранений: изолированные или сочетанные), а также достаточно большим количеством осложнений. Исходя из этого, немаловажной задачей для снижения количества осложнений и летальных исходов является правильная и своевременная организация помощи на догоспитальном этапе.

Цель. Определить объем и правильность оказанной медицинской помощи на догоспитальном этапе пострадавшим с огнестрельными ранениями живота из числа гражданского населения.

Материалы и методы. Проведена оценка качества оказания неотложной медицинской помощи на основании ретроспективного анализа первичной документации: сопроводительных листов станций скорой помощи, талонов к ним (ф. 114/у) и историй болезни 60 пациентов (47 (78,3%) мужчин и 13 (21,7%) женщин; средний возраст 35 ± 5 лет) из числа гражданского населения в районах военных действий специальной военной операции (СВО). Все пострадавшие были разделены на две группы: в первую вошли раненые, которым помощь была оказана врачебными бригадами скорой медицинской помощи (СМП), — 46 (76,7%) человек, во вторую — 14 (23,3%) пациентов с оказанием помощи фельдшерскими бригадами СМП. Оценивали время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи. Оценка тяжести состояния проведена с использованием военно-полевой хирургической шкалы скорой помощи.

Результаты. Установлено, что время доезда бригад СМП варьировало от 5 до 30 мин и в среднем составило для врачебных бригад 24 ± 4 мин, для фельдшерских — 21 ± 6 мин, что в целом можно охарактеризовать как нормативное. У 57 (85%) раненых были отмечены осколочные ранения, огнестрельные ранения регистрировали в 3 (5%) случаях. У пострадавших преобладали множественные ранения в 52 (86,7%) случаях, тогда как одиночные ранения были отмечены в 8 (13,3%) наблюдениях. Нетяжелое состояние регистрировали у 38 (63,3) раненых, тяжелое — у 9 (15%), крайне тяжелое — у 12 (15%), критическое — у 1 (1,7%) пострадавшего. В подавляющем большинстве (54 (90%) наблюдения) оказанная помощь была своевременной, правильной и в полном объеме. Одновременно с этим в 6 (10%) наблюдениях объем выполненной скорой медицинской помощи можно считать недостаточным: в 2 (3,3%) наблюдениях при оказании помощи врачебными бригадами и в 4 (6,7%) — при оказании помощи фельдшерскими бригадами. Ошибки были связаны с недооценкой тяжести состояния пострадавших, как следствие — отсутствием выполнения адекватного обезболивания и проведения инфузионной терапии, т.е. непроведением противошоковых мероприятий.

Заключение. При огнестрельных ранениях живота пострадавшим из числа гражданского населения на догоспитальном этапе медицинская помощь оказывается врачебными и фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи. Объем помощи заключается в обработке раны и наложении асептической повязки, адекватном обезболивании и проведении противошоковых мероприятий. Отмечен более низкий процент ошибок при оказании скорой медицинской помощи врачебными бригадами СМП по сравнению с помощью, оказанной фельдшерскими бригадами СМП. Необходимо централизованное внедрение мероприятий по улучшению как теоретических знаний оказания скорой медицинской помощи при огнестрельных ранениях живота на догоспитальном этапе, так и отработки практических навыков бригадами СМП. С этой целью для обучения персонала СМП необходимо привлекать врачей-хирургов и специалистов по медицине катастроф.

Ключевые слова: огнестрельные ранения живота; гражданское население; скорая медицинская помощь; осложнения; летальность

Для цитирования: Масляков В.В., Сидельников С.А., Урядов С.Е., Барсуков В.Г., Ересько Д.В. Объем оказанной медицинской помощи гражданскому населению при пулевых и осколочных ранениях живота на догоспитальном этапе. *Медицина экстремальных ситуаций*. 2025;27(3):303–308. <https://doi.org/10.47183/mes.2025-263>

Соответствие принципам этики: исследование одобрено локальным этическим комитетом Медицинского университета «Реавиз» (протокол № 1 от 13.01.2025).

Финансирование: исследование выполнено без спонсорской поддержки.

Потенциальный конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

✉ Масляков Владимир Владимирович maslyakov@inbox.ru

Статья поступила: 25.01.2025 **После доработки:** 29.04.2025 **Принята к публикации:** 02.06.2025 **Online first:** 20.08.2025

EXTENT OF PRE-HOSPITAL MEDICAL CARE TO CIVILIANS WITH ABDOMINAL GUNSHOT WOUNDS

Vladimir V. Maslyakov^{1,2✉}, Sergey A. Sidelnikov¹, Sergey E. Uryadov², Vitaly G. Barsukov², Denis V. Yeresko²¹ Saratov State Medical University, Saratov, Russia² Saratov Medical University REAVIZ, Saratov, Russia

© В.В. Масляков, С.А. Сидельников, С.Е. Урядов, В.Г. Барсуков, Д.В. Ересько, 2025

Introduction. Abdominal gunshot wounds account for 4.7–16.2% of injuries among their total number. Such wounds carry a high risk of fatal outcomes (depending on the nature of the wound, whether isolated or combined), as well as a large number of complications. In this regard, provision of proper and timely pre-hospital medical care is a highly important task.

Objective. To assess the extent and quality of pre-hospital medical care provided to civilians with gunshot abdominal wounds.

Materials and methods. The quality of emergency medical care was assessed based on a retrospective analysis of source documents: run sheets (Form 114/u), and records of 60 civilian patients (47 (78.3%) men and 13 (21.7%) women; average age 35 ± 5 years) in the special military operation (SMO) war zones. All injured were divided into two groups: (1) 46 (76.7%) wounded patients having received medical care from emergency medical teams (EMT) staffed with physicians and (2) 14 (23.3%) wounded patients having received medical care from EMTs staffed with paramedics. The EMT response time and extent of medical aid were assessed. The severity of the patient's state was assessed using the Battlefield Surgery Emergency Scale.

Results. It was found that the ambulance response time varied 5–30 min and averaged 24 ± 4 min for physician EMTs and 21 ± 6 min for paramedic EMTs, which can generally be described as normal. In total, 57 (85%) wounded had projectile wounds, with gunshot wounds being recorded in 3 (5%) cases. Multiple wounds were predominant in 52 (86.7%) cases, whereas single wounds were noted in 8 (13.3%) cases. A non-severe, severe, extremely severe, and critical state was recorded in 38 (63.3%), 9 (15%), 12 (15%), and 1 (1.7%) patients. In the vast majority of cases (54 (90%)), the provided care was timely, proper, and to the full extent. At the same time, in 6 (10%) cases, the extent of provided emergency medical care could be considered insufficient: in 2 (3.3%) cases with physician EMTs and in 4 (6.7%) with paramedic EMTs. The errors were related to underestimating the severity of the patient's state, which resulted in inadequate anesthesia and infusion therapy, i.e., the absence of antishock actions.

Conclusion. Pre-hospital medical care to injured civilians with abdominal gunshot wounds is provided by physician and paramedic EMTs. The extent of medical aid includes wound treatment and aseptic dressing application, adequate anesthesia, and antishock actions. A lower error rate in the provision of emergency medical care by physician EMTs in comparison with paramedic EMTs was observed. Centralized measures should be implemented to improve both the theoretical knowledge and practical skills of EMTs in providing pre-hospital emergency medical care for abdominal gunshot wounds. To that end, it is necessary to involve surgeons and disaster medicine specialists in training emergency medical personnel.

Keywords: abdominal gunshot wounds; civilians; emergency medical care; complications; mortality

For citation: Maslyakov V.V., Sidelnikov S.A., Uryadov S.E., Barsukov V.G., Yeresko D.V. Extent of pre-hospital medical care to civilians with abdominal gunshot wounds. *Extreme Medicine*. 2025;27(3):303–308. <https://doi.org/10.47183/mes.2025-263>

Compliance with the ethical principles: the study was approved by the local ethics committee of Saratov Medical University REAVIZ (Protocol No. 1 of 13 Jan. 2025).

Funding: the study was carried out without sponsorship.

Potential conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

✉ Vladimir V. Maslyakov maslyakov@inbox.ru

Received: 25 Jan. 2025 **Revised:** 29 Apr. 2025 **Accepted:** 02 June 2025 **Online first:** 20 Aug. 2025

ВВЕДЕНИЕ

Огнестрельные ранения живота встречаются в 4,7–16,2% от общего числа ранений [1]. Такие ранения сопровождаются высокими показателями летальных исходов, частота которых колеблется в пределах 8–36% при изолированных ранениях и от 39,7–80% при сочетанных ранениях. При этом данные повреждения приводят к большому количеству осложнений в послеоперационном периоде (порядка в 36–65%) [2].

В связи с этим немаловажной задачей для снижения количества осложнений и летальных исходов является правильная и своевременная организация помощи на догоспитальном этапе. Как правило, такие ранения сопровождаются шоком и кровопотерей, что требует грамотного оказания помощи еще на догоспитальном этапе [3, 4]. В настоящее время ввиду наличия военных действий данная проблема становится еще более актуальной, однако, несмотря на достаточно пристальное внимание к ней, остается множество нерешенных вопросов, таких как задержка с оказанием первой помощи [5] и отсутствие взаимодействий между ведомствами [6].

Цель исследования — определить объем и правильность оказанной медицинской помощи на догоспитальном этапе пострадавшим с огнестрельными ранениями живота из числа гражданского населения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена оценка качества оказания неотложной медицинской помощи на основании ретроспективного анализа первичной документации: сопроводительных листов станций скорой помощи, талонов к ним (ф. 114/у) и историй болезни 60 пациентов (47 (78,3%) мужчин и 13 (21,7%) женщин; средний возраст 35 ± 5 лет) из числа гражданского населения, получивших огнестрельные ранения в область живота в районах действий специальной военной операции (СВО).

Критериями включения в исследования являлись: наличие огнестрельного ранения в область живота; возраст пострадавших не менее 18 лет; факт оказания скорой медицинской помощи медицинскими работниками. Критерии исключения: раненые с сочетанными повреждениями других анатомических областей; раненые моложе 18 лет; раненые, которым помощь на догоспитальном этапе оказывалась не медицинскими работниками.

Все пострадавшие были разделены на две группы: в первую вошли раненые, которым помощь была оказана врачами бригадами скорой медицинской помощи (СМП), — 46 (76,7%) человек, во вторую — 14 (23,3%) пациентов, которым помощь была оказана фельдшерскими бригадами СМП. Оценивали время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи

в соответствии с приказом Министерства здравоохранения¹, ее правильность и своевременность. Оценка тяжести состояния проведена с использованием военно-полевой хирургической шкалы для оценки состояния при поступлении (ВПХ-СП): менее 20 баллов — состояние при поступлении оценивали как нетяжелое, 20–31 балл — как тяжелое, 32–45 баллов — как крайне тяжелое, более 45 баллов — как критическое [7].

Все первичные данные на каждого обследованного были внесены в электронную базу — картотеку таблиц формата Excel. Обработка данных проведена с помощью программного обеспечения Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования установлено, что время доезда бригад СМП варьировало от 5 до 30 мин и в среднем составило для врачебных бригад 24 ± 4 мин, для фельдшерских — 21 ± 6 мин, что в целом можно охарактеризовать как нормативное. Указанное время зависело: от времени суток (в дневное — увеличивалось, в ночное — снижалось), общей обстановки в населенном пункте (наличие обстрелов, завалов и др.), расстояния от станции СМП или иного подразделения до места происшествия.

В процессе проведенного исследования было установлено, что в подавляющем большинстве наблюдений у 57 (85%) раненых были отмечены осколочные ранения, огнестрельные ранения регистрировали в 3 (5%) случаях. Кроме того, у пострадавших преобладали множественные ранения в 52 (86,7%) случаях, тогда как одиночные ранения были отмечены в 8 (13,3%) наблюдениях.

Распределение пострадавших по степени тяжести состояния с использованием шкалы ВПХ-СП в двух группах показало, что нетяжелое состояние в первой группе было установлено у 30 (50%) пострадавших, во второй — в 8 (13,3%); тяжелое — в 7 (11,7%) и 2 (3,3%) случаях соответственно; крайне тяжелое — в 8 (13,3%) и 4 (6,7%) случаях соответственно; критическое — у 1 (1,7%) пациента первой группы. Тяжесть состояния была обусловлена в первую очередь наличием шока, который был отмечен в 26 (43,3%) наблюдениях: в первой группе — в 22 (36,7%), во второй — в 4 (6,7%).

Распределение раненых в зависимости от степени геморрагического шока показало, что I степень шока отмечена у 2 (3,3%) пациентов из первой группы и у 3 (5,0%) — из второй группы; II степень — у 18 (30%)

и 1 (1,7%) пациента соответственно и III степень — у 6 (10%) раненых первой группы.

Следует отметить, что в 12 (60%) наблюдениях при осмотре раненых были выявлены признаки проникающего ранения живота, что проявлялось в выделении патологического содержимого из раны. Данные признаки были отмечены у 9 (15%) раненых, помощь которым была оказана врачебными бригадами, и в 3 (5%) случаях среди раненых, которым скорая медицинская помощь оказывалась фельдшерскими бригадами СМП.

Виды помощи, оказываемые раненым на месте происшествия врачебными или фельдшерскими бригадами СМП, отражены в таблице 1.

Анализируя данные, представленные в таблице 1, можно сделать заключение, что обработка раны и наложение асептической повязки выполнены в полном объеме как при оказании скорой медицинской помощи врачебными бригадами, так и при оказании медицинской помощи фельдшерскими бригадами. Одновременно с этим в 6 (10%) наблюдениях объем выполненной скорой медицинской помощи можно считать недостаточным: в 2 (3,3%) наблюдениях при оказании помощи врачебными бригадами и в 4 (6,7%) — при оказании помощи фельдшерскими бригадами. Ошибки были связаны с недооценкой тяжести состояния пострадавших и, как следствие, отсутствием выполнения адекватного обезболивания и проведения инфузионной терапии, т.е. непроведением противошоковых мероприятий. В остальных случаях инфузионная терапия проводилась в полном объеме на всем протяжении эвакуации раненого в лечебное учреждение.

Анализ течения ближайшего послеоперационного периода показал, что из общего количества раненых осложнения развились в 15 (25%) наблюдениях. Характер и количество осложнений, зарегистрированных у пациентов обеих групп, представлены в таблице 2.

Обращает на себя внимание, что все развившиеся осложнения носили гнойно-септический характер, при этом в группе пациентов, помощь которым на догоспитальном этапе оказывалась фельдшерскими бригадами СМП, вероятность развития таких осложнений была выше. Можно предположить, что это может быть связано с большим процентом зарегистрированных ошибок в данной группе.

Общая летальность в обеих группах составила 10 (16,7%) случаев. Среди пациентов, которым медицинскую помощь оказывали врачи бригад СМП, смертность была ниже и составила 4 (6,7%) случая,

Таблица 1. Виды помощи, оказываемые бригадами скорой помощи на месте происшествия при огнестрельных ранениях живота

Бригады СМП	Количество раненых, n	Вид помощи			
		Обработка раны	Перевязка раны	Обезболивание	Инфузионная терапия
Врачебные	46	46 (76,7%)	46 (76,7%)	44 (73,3%)	44 (73,3%)
Фельдшерские	14	14 (23,3%)	14 (23,3%)	10 (16,7%)	10 (16,7%)

Таблица составлена авторами

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи».

Таблица 2. Характер и количество осложнений при огнестрельных ранениях живота в ближайшем послеоперационном периоде

Бригады СМП	Количество раненых, <i>n</i>	Вид осложнений			
		Нагноение раны	Перитонит	Пневмония	Инфильтрат брюшной полости
Врачебные	46	7 (11,7%)	3 (5%)	11 (18,3%)	8 (13,3%)
Фельдшерские	14	6 (10%)	4 (6,7%)	4 (6,7%)	3 (5%)

Таблица составлена авторами

а среди пациентов, которым медицинская помощь оказана специалистами фельдшерских бригад, — 6 (10%). В то же время при оказании помощи фельдшерскими бригадами 4 (6,7%) раненых погибли во время транспортировки в лечебное учреждение. Основной причиной гибели раненых стал шок в 8 (13,3%) случаях: в первой группе — 2 (3,3%), во второй — 6 (10%) пострадавших соответственно. Причиной гибели остальных 2 (3,3%) пациентов первой группы стал разлитой перитонит, развившийся вследствие множественных повреждений полых органов брюшной полости.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Представленное исследование показывает, что вопросы, связанные со своевременной и правильной организацией скорой медицинской помощи гражданскому населению на догоспитальном этапе при огнестрельных ранениях живота, имеют важное значение. Так, по мнению Смелой и соавт. [9], совершенствование лечебно-эвакуационной системы при современной боевой травме позволит улучшить результаты лечения и снизить число летальных исходов. Проблемам оказания помощи на догоспитальном этапе уделяется большое внимание в литературе [10]. При этом к основным факторам, влияющим на результаты лечения при таких ранениях, относят время, прошедшее от момента получения ранения до момента оказания скорой медицинской помощи, правильность выполнения действий. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе могут осуществлять как врачебные, так и фельдшерские бригады СМП. Данная проблема особенно актуальна сегодня в условиях высокой вероятности террористической опасности и проведения военных действий на территории РФ.

Как показывает проведенное исследование, время доезда бригад к месту происшествия не превышало законодательно установленного, однако оно определялось множеством факторов, не всегда зависящих от СМП. Немаловажным фактором, оказывающим влияние на течение послеоперационного периода при таких повреждениях, является правильность оказания скорой медицинской помощи. Как правило, повреждения живота сопровождаются развитием шока, патогенез которого связан как с наличием болевого синдрома, так и с острой кровопотерей. Другим фактором, приводящим к утяжелению состояния пострадавших, является присоединение инфекции. Следовательно, первоочередными задачами при оказании скорой медицинской помощи раненым с данной локализацией является обработка раневой

поверхности с наложением асептической повязки для предупреждения распространения инфекции.

Проведенный анализ показал, что с указанной задачей успешно справились все работники СМП, независимо от того, была это фельдшерская или врачебная бригада. При этом спорным вопросом остается применение ранней антибактериальной профилактики при огнестрельных ранениях живота. Основные ошибки, выявленные в ходе анализа, были связаны с недооценкой тяжести состояния раненых и неполным проведением противошоковых мероприятий. Причем большее количество ошибок было отмечено при оказании помощи фельдшерскими бригадами.

На основании полученных данных можно сформулировать практические рекомендации, направленные как на улучшение теоретических знаний по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, так и на отработку практических навыков бригад СМП при огнестрельных ранениях живота. С этой целью для обучения персонала СМП необходимо привлекать врачей-хирургов и специалистов по медицине катастроф.

Несомненно, остается значимым тот факт, что на течение ближайшего послеоперационного периода оказывают влияние множество факторов, которые не всегда удается учесть на догоспитальном этапе, однако своевременное и правильное оказание помощи при таких ранениях позволит уменьшить число осложнений и летальных исходов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При огнестрельных ранениях живота у пострадавших из числа гражданского населения на догоспитальном этапе медицинская помощь оказывалась врачебными и фельдшерскими бригадами скорой медицинской помощи. Объем помощи заключался в обработке раны и наложении асептической повязки, адекватном обезболивании и проведении противошоковых мероприятий. В подавляющем большинстве наблюдений медицинская помощь была своевременной, правильной и оказана в полном объеме. Отмечали более низкий процент ошибок в объеме выполненной скорой медицинской помощи врачебными бригадами по сравнению с помощью, оказанной фельдшерскими бригадами СМП. Ошибки были связаны с недооценкой тяжести состояния пострадавших и, как следствие, непроведением противошоковых мероприятий.

Общая летальность была ниже среди пациентов, которым медицинскую помощь оказывали врачи бригад СМП, более высокие показатели неосложненного

течения послеоперационного периода также отмечали в группе пациентов, которым скорая медицинская помощь была оказана врачебными бригадами. Осложнения в основном носили гнойно-септический характер, и частота их встречаемости была выше в группе пациентов, помощь которым на догоспитальном этапе оказывали фельдшерские бригады СМП.

В целях повышения эффективности и качества экстренной медицинской помощи рекомендуется: проводить занятия с медицинским персоналом СМП,

направленные на повышение квалификации, по вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи раненым с огнестрельными ранениями живота, с привлечением специалистов, занимающихся вопросами военно-полевой хирургии и медицины катастроф. По нашему мнению, такие занятия необходимо организовывать на кафедрах, занимающихся вопросами медицины катастроф, на базе которых, как правило, имеется значительный накопленный опыт по данным вопросам.

Литература / References

1. Эрметов АТ, Исхаков БР, Саидметов ШМ, Исхаков НБ. Огнестрельное ранение живота с множественными повреждениями полых органов. *Вестник Экстренной Медицины*. 2017;X(1):58–61.
Ermetov AT, Iskhakov BR, Saidmetov SM, Iskhakov NB. Gunshot wound to the abdomen with multiple injuries to hollow organs. *Bulletin of Emergency Medicine*. 2017;X(1):58–61 (In Russ.).
2. Линева КА, Торба АВ. Тактика хирургического лечения огнестрельных ранений живота. *Новости Хирургии*. 2016;24(1):93–8.
Linev KA, Torba AV. Tactics of surgical treatment of gunshot wounds of the abdomen. *Surgery News*. 2016;24(1):93–8 (In Russ.).
<https://doi.org/10.18484/2305-0047.2016.1.93>
3. Яшева СЮ, Барачевский ЮЕ, Баранов АВ, Масляков ВВ, Мордовский ЭА, Кузин СГ. Клиническая оценка ранений, нанесенных с применением огнестрельного оружия ограниченного поражения жителям Арктической зоны Архангельской области, 2006–2022 гг. *Медицина Катастроф*. 2024;2:49–54.
Yasheva SYu, Barachevsky YuE, Baranov AV, Maslyakov VV, Mordovskiy EA, Kuzin SG. Clinical assessment of wounds inflicted with the use of firearms of limited damage to residents of the Arctic zone of the Arkhangelsk region, 2006–2022. *Disaster Medicine*. 2024;2:49–54 (In Russ.).
<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2024-2-49-54>
4. Барачевский ЮЕ, Яшева СЮ, Баранов АВ, Масляков ВВ, Мордовский ЭА. Оказание хирургической помощи пострадавшим от применения огнестрельного оружия ограниченного поражения в Арктической зоне Архангельской области. *Медицина Катастроф*. 2024;3:27–31.
Barachevsky YUE, Yasheva XIU, Baranov AB, Maslyakov VV, Mordovskiy EA. Provision of surgical assistance to victims of the use of firearms of limited destruction in the Arctic zone of the Arkhangelsk region. *Disaster Medicine*. 2024;3:27–31 (In Russ.).
<https://doi.org/10.33266/2070-1004-2024-3>
5. Шарипов АМ, Сафаров ЗФ. Проблемы современной догоспитальной помощи и медицины катастроф. *Вестник Национального Детского Медицинского Центра*. 2022;2:91–5.
Sharipov AM, Safarov ZF. Problems of modern prehospital care and disaster medicine. *Bulletin of the National Children's Medical Center*. 2022;2:91–5 (In Russ.).
6. Масляков ВВ, Капралов СВ, Сидельников СА, Полиданов МА, Паршин АВ, Урядов СЕ и др. Особенности оказания помощи на догоспитальном этапе в мирное и военное время. *Московский Хирургический Журнал*. 2024;4:246–52.
Maslyakov BB, Kapralov SV, Sidelnikov SA, Polidanov MA, Parshin AV, Uryadov SE, et al. Features of prehospital care in peacetime and wartime. *Moscow Surgical Journal*. 2024;4:246–52 (In Russ.).
EDN: [HYHQIP](https://www.edn.ru/HYHQIP)
7. Гуманенко ЕК, Бояринцев ВВ, Супрун ТЮ, Ляшедько ПП. *Объективная оценка тяжести травм*. СПб.: ВМедА, 1999. 110 с.
Gumanenko EK, Boyarintsev VV, Suprun TYu, Lyashedko PP. *An objective assessment of the severity of injuries*. St. Petersburg: VMedA, 1999. 110 p. (In Russ.).
8. Валеев ЗГ. Исследование организации оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе и ее влияние на показатели госпитальной летальности в больнице скорой помощи (по материалам ГБСМП № 1 г. Казани). *Международный Научно-Исследовательский Журнал*. 2014;3(22):69–71.
Valeev ZG. A study of the organization of emergency medical care at the prehospital stage and its impact on hospital mortality rates in the emergency hospital (based on the materials of the State Clinical Hospital No. 1 in Kazan). *International Scientific Research Journal*. 2014;3 (22):69–71 (In Russ.).
9. Смелая ТВ, Никитаев ВЕ. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе при боевой травме. *Общая Реаниматология*. 2006;2(3):49–51.
Smelaya TV, Nikitaev VE. Urgent measures at the prehospital stage in case of combat injury. *General Intensive Care*. 2006;2(3):49–51 (In Russ.).
<https://doi.org/10.15360/1813-9779-2006-3-49-51>
10. Масляков ВВ, Барсуков ВГ, Куркин КГ. Особенности оказания медицинской помощи при огнестрельных ранениях груди в условиях локального вооруженного конфликта. *Медицина Экстремальных Ситуаций*. 2018;20(1):48–59.
Maslyakov VV, Barsukov VG, Kurkin KG. Features of medical care for gunshot wounds to the chest in conditions of local armed conflict. *Medicine of Extreme Situations*. 2018;20(1):48–59 (In Russ.).

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства критериям ICMJE. Наибольший вклад распределен следующим образом: В.В. Масляков — концептуализация, разработка методологии исследования, работа с программным обеспечением; С.А. Сидельников — формирование данных, написание текста и подготовка черновика рукописи; С.Е. Урядов — визуализация, проведение исследования; В.Г. Барсуков — научное руководство исследованием; Д.В. Ереско — написание, рецензирование и редактирование рукописи.

ОБ АВТОРАХ

Масляков Владимир Владимирович, д-р мед. наук,
профессор
<https://orcid.org/0000-0001-6652-9140>
maslyakov@inbox.ru

Сидельников Сергей Алексеевич, д-р мед. наук,
доцент
<https://orcid.org/0000-0002-9913-5364>
ssidelnikov@mail.ru

Урядов Сергей Евгеньевич, д-р мед. наук, доцент
<https://orcid.org/0000-0001-8836-6311>
ouriadov@mail.ru

Барсуков Виталий Геннадьевич, канд. мед. наук
<https://orcid.org/0000-0002-8524-3241>
barsykov197902@gmail.com

Ересько Денис Викторович
<https://orcid.org/0009-0000-4209-439X>
denis.eresko@mail.ru