

Міжнародна громадська організація  
«Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»  
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика  
Киргизька державна медична академія імені І.К. Ахунбаєва

# **ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА**

## **HEALTH OF SOCIETY**

**Здоров'я суспільства**

**Health of Society**

Zdorov'a suspil'stva

**Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал**  
**Періодичність виходу 6 разів на рік**  
**Заснований у 2011 році**

**Том 10, №5, 2021**

Включений до наукометричних і спеціалізованих баз даних НБУ ім. В.І. Вернадського,  
«Наукова періодика України», CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ROAD, Ulrichswebs, OUCI, BASE, OpenAIRE



Author Guidelines



journals.urau.ua

## ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

**ШЕКЕРА О.**, академік Національної Академії Наук Вищої Освіти України, доктор мед. наук, професор, заслужений лікар України, почесний професор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва, президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

## НАУКОВІ РЕДАКТОРИ

**АБАБІІ І.**, академік Академії Наук Республіки Молдова, доктор мед. наук, професор, ректор Державного університету медицини та фармації імені Миколи Тестеміцану (*Республіка Молдова*); **ВАДАЧКОРІА З.**, доктор мед. наук, професор, ректор Тбіліського Державного медичного університету (*Грузія*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академік Національної Академії Медичних Наук України, доктор мед. наук, професор, ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (*Україна*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА І.**, доктор мед. наук, професор, ректор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва (*Киргизька Республіка*); **СІКОРСЬКИЙ А.**, доктор мед. наук, професор, ректор Білоруського державного медичного університету (*Республіка Білорусь*).

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

**Бабкіна Т. М.**, д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневич Є. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецька М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовська Н.В.**, д.мед.н., проф.; **Мішиєв В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. І.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Хоменко І. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. О.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академік НАН ВО України, д.мед.н., проф. (*Україна*); **Брімкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Ісакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Киргизька Республіка*).

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

Жаворонко С. В. (*Республіка Білорусь*). Каранадзе Н. А. (*Грузія*). Вальдеоріола Францеск (*Іспанія*). Абдікарімов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батиралієв Т. А.; Галако Т. І.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалієва Г. А.; Зурдинов А. З.; Єсенаманова М. К.; Кадиров А. А.; Калбаєв А. А.; Калієв Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамитов М. М.; Міррахімов Є. М.; Молдобаєва М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталієва А. Д.; Мурзалієв А. М.; Мусуралієв М. С.; Насиров В. А.; Омурбеков Т. О.; Раїмжанов А. Р.; Сопуєв А. А.; Усупбаєв А. Ч.; Чолпонбаєв К. С. (*Киргизька Республіка*). Курочкін Г.; Фріптуляк Г.; Чернецьки О. (*Республіка Молдова*). Сметанський М. (*Польща*). Двойников С. І.; Зарубина Е. Г. (*Російська Федерація*). Акілов Х. А.; Аліджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Є.; Сабіров Д. М.; Хамрабаєва Ф. І. (*Республіка Узбекистан*). Абизов Р. А.; Анкін М. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабінцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережний В. В.; Біда В. І.; Білоклицька Г. Ф.; Білошицький В. В.; Біляєв А. В.; Біляєва О. О.; Бугро В. І.; Варивончик Д. В.; Видиборець С. В.; Вишневська Л. І.; Вітовський Р. М.; Владимиров О. А.; Владимірова Н. І.; Возіанов С. О.; Возіанова С. В.; Волосовець О. П.; Герцен Г. І.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головченко Ю. І.; Голубчиков М. В.; Гудима А. А.; Гульчій О. П.; Гурженко Ю. М.; Гусєва С. А.; Данилов О. А.; Дзюблик І. В.; Дзюблик О. Я.; Долженко М. М.; Дорофєєв А. Е.; Дорошенко О. М.; Дуда О. К.; Задорожна В. І.; Зайков С. В.; Заремба Є. Х.; Зозуля І. С.; Іванов Д. Д.; Калужна Л. Д.; Коваленко О. Є.; Козярін І. П.; Корж О. М.; Косаковський А. Л.; Краснов В. В.; Кушніренко С. В.; Літус В. І.; Літус О. І.; Маменко М. Є.; Мамчич В. І.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Михальчук В. М.; Мінцер О. П.; Мішалов В. Д.; Павленко О. В.; Пілягіна Г. Я.; Поліщук М. Є.; Пустовіт С. В.; Риков С. О.; Рошін Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник І. М.; Суслікова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов О. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинський Я. П.; Феценко Ю. І.; Хіміон Л. В.; Царенко А. В.; Чопей І. В.; Чуприна Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швєць Н. І.; Шкорботун В. О.; Шуба В. Й.; Шуба Н. М.; Шунько Є. Є. (*Україна*).

## СЕКРЕТАРІАТ

Шекера О. О. к.мед.н., доц.; Царенко А. В. д.мед.н., доц.; Шекера І. О. к.мед.н.; Кулаковська І. П., Комісарова О. С. к.мед.н. (*Україна*).

**Журнал друкується** згідно рішення Вчених рад НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, КДМА ім. І. К. Ахунбаєва, МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

## ВИДАВЕЦЬ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». Свідцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 24955-14895ПР від 02.08.21. Підписано до друку 10.11.21 р., обсяг, періодичність – 8 ум. друк. арк., 6 разів на рік. Тираж 1000 прим. Видається змішаними мовами. Усі права застережені. Переклад та передрук – тільки за згодою авторів і редакції. Листи, рукописи, фотографії та малюнки не повертаються. Редакція залишає за собою право редагувати матеріали.

**Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України категорії «Б» за спеціальностями: 222 - медицина, 229 - громадське здоров'я (Додаток 4 до Наказу Міністерства освіти і науки України 02.07.20 р. № 886).**

**Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України: з медичних наук (Додаток 8 до Наказу Міністерства освіти і науки України 07.10.16 р. № 1222) та з фармацевтичних наук (Додаток 7 до Наказу Міністерства освіти і науки України 11.07.17 р. № 996).**

## ЗАСНОВНИКИ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Киргизька державна медична академія імені І. К. Ахунбаєва.

**Редакційна колегія.** Телефон для довідок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адреса: 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожичська, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2021-hs-40-41.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

## CHIEF EDITOR

**SHEKERA O.**, Academician of the NAN HE of Ukraine, MD, PhD, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Honorary Professor of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, President of the International Public Organization "The International Association "Health of Society".

## SCIENTIFIC EDITORS

**ABABII I.**, Academician of the Academy of Sciences of Moldova, MD, PhD, Professor, Rector of the Nikolai Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy (**Republic of Moldova**); **SIKORSKIY A.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Belarusian State Medical University (**Republic of Belarus**); **VADACHKORIA Z.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Tbilisi State Medical University (**Georgia**); **VORONENKO Yu.**, Academician of the NAMS of Ukraine, MD, PhD, Professor, Rector of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine (**Ukraine**); **KUDAYBERGENOVA I.**, MD, PhD, Professor, Rector of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy (**Kyrgyz republic**).

## EDITORIAL BOARD

**Babkina T.**, MD, PhD, Prof.; **Volokh A.**, MD, PhD, Prof.; **Gorachuk V.**, MD, PhD, Prof.; **Grynevich E.**, MD, PhD, Prof.; **Davtyan L.**, MD, PhD, Prof.; **Drohomyretska M.**, MD, PhD, Prof.; **Medvedovskaya N.**, MD, PhD, Prof.; **Mishiyev V.**, MD, PhD, Prof.; **Tkachenko V.**, MD, PhD, Prof.; **Kharchenko N.**, NAMS of Ukraine Corr.-Member, MD, PhD, Prof.; **Khomenko I.**, MD, PhD, Prof.; **Shapovalova V.**, MD, PhD, Prof.; **Shekera O.**, MD, PhD, Prof. (**Ukraine**); **Brimkulov N.**, MD, PhD, Prof.; **Isakova Zh.**, MD, PhD, As. Prof. (**Kyrgyz republic**).

## EDITORIAL COUNCIL

Zhavoronok S. (**Republic of Belarus**). Karanadze N. (**Georgia**). Valldeoriola Francesc (**Spain**). Abdikarimov S.; Adambekov D.; Askerov A.; Batyraliyev T.; Galako T.; Dzhumabekov S.; Dzhumagulov A.; Dzholbunova Z.; Dzhumalieva G.; Zurdynov A.; Yesenamanova M.; Kadyrov A.; Kalbayev A.; Kaliyev R.; Koybagarova A.; Mamytov M.; Mirrakhimov Ye.; Moldobayeva M.; Moldotasheva A.; Murataliyeva A.; Musuraliyev M.; Murzaliyev A.; Mukashev M.; Nasirov V.; Omurbekov T.; Raimzhanov A.; Sopuyev A.; Cholponbayev K.; Usupbayev A. (**Kyrgyz republic**). Kurosi-chyn G.; Fryptulyak G.; Chernetsky O. (**Republic of Moldova**). Smietanski M. (**Poland**). Dvoynikov S.; Zarubina E. (**Russian Federation**). Akilov J.; Alidzhanov F.; Asadov D.; Atakhanov C.; Sabirov D.; Hamrabayeva F. (**Uzbekistan**). Abizov R.; Ankin M.; Apanasenko G.; Babinceva L.; Beke-tova G.; Berezhnaya V.; Bida I.; Biloklyts'ka G.; Biloshytskyy V.; Belyayev A.; Belyaeva A.; Bugro V.; Varyvonchik D.; Vydoborets' S.; Vyshnevs'ka L.; Vitovsky R.; Vladimirov O.; Vladimirova N.; Vozianov S.; Vozianova S.; Volosovets O.; Gertsen G.; Getman V.; Goyda N.; Golovchenko Yu.; Golub-chikov M.; Gudyma A.; Gulchiy O.; Gurzhenko M.; Guseva S.; Danilov O.; Dzyublik I.; Dzyublik O.; Dolzhenko M.; Dorofeev A.; Doroshenko O.; Duda O.; Zadorozhna V.; Zaikov S.; Zarembo E.; Zozulya I.; Ivanov D.; Kalyuzhna L.; Kovalenko O.; Kozyarin I.; Korzh O.; Kosakovskyy A.; Kras-nov V.; Kushnirenko S.; Litus V.; Litus O.; Mamenko M.; Mamchich V.; Marushko T.; Marushko Yu.; Mykhal'chuk V.; Mintser O.; Mishalov V.; Pavlen-ko O.; Pilyagina G.; Polishchuk M.; Pustovit S.; Rykov S.; Roshchin G.; Savichuk N.; Salmanov A.; Sviridova N.; Skrypnyk I.; Suslikova L.; Todurov B.; Tolstanov O.; Trokhymchuk V.; Feleshtynskyy J.; Feschenko Yu.; Khimion L.; Tsarenko A.; Chohey I.; Chupryna G.; Shapovalov V.; Shapovalov V.; Shvets N.; Shkorbotun V.; Shuba V.; Shuba N.; Shunko Ye. (**Ukraine**).

## SECRETARIAT

O. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; A. Tsarenko, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Kulakovska, O. Komissarova (**Ukraine**).

**The journal is published by decision of the Academic Council of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy and of the IPO "The International Association "Health of Society".**

## PUBLISHER

International Public Organization "The International Association "Health of Society". Certificate of state registration of the print media KB № 24955-14895PR dated of 02/08/21. Copy deadline dated of 10.11.21. Volume, frequency – 8 conv. printed. sh., 6 times per year. 1000 copies. Published by mixed languages. All rights reserved. Translation and reprint are allowed only after the consent of the authors and the publisher. Letters, manuscripts, photographs and drawings are not returned. The editors reserve the right to edit materials.

**The journal is included in the list of category "B" scientific specialized publications of Ukraine in the following specialties: 222 - medicine, 229 - public health (Appendix 4 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 02.07.20, No. 886).**

**The journal is included in the list of scientific editions of Ukraine: for Medical Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 07.10.16. No. 1222) and for Farmacia Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 11.07.17. No. 996).**

## FOUNDER

International Public Organization "The International Association "Health of Society".

Shupyk National Healthcare University of Ukraine.

I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy.

**Editorial board.** Telephone for information: (+380 44) 205-49-94, mob. tel.: (+380 66) 704-97-75. Address: 04112, Ukraine, Kyiv, str. Dorohozhytska, 9. E-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Order 2021-hs-40-41.

**ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)**

# 3mict

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Наукові редактори ..... | vii |
|-------------------------|-----|

**Медицина**

Шекера О. Г., Ткаченко В. І.  
Основи медичного сортування на догоспітальному етапі у разі виникнення надзвичайних ситуацій ..... 135

Здоров'я порожнини рота підлітків як потенціал зміцнення загального здоров'я ..... 141

Сорокіна О. Ю., Березнюк О. П., Карлович О. Л., Ганжа В. А.  
Деякі аспекти проведення професійного психологічного відбору ..... 146

Стеблюк В. В.  
Проблеми медичного забезпечення та медико-психологічної реабілітації ветеранів АТО/ООС ..... 151

## Спеціальний випуск з військової медицини

Шекера О. Г.  
Військово-медичні служби зарубіжних армій та збройних сил України ..... 157

|                                               |     |
|-----------------------------------------------|-----|
| Проект воєнно-медичної доктрини України ..... | 173 |
|-----------------------------------------------|-----|

Вимоги до оформлення статей ..... xlii

# Contents

Scientific editors .....vii

**Medicine**

*O. G. Shekera, V. I. Tkachenko*  
Basics of medical triage at the pre-hospital stage in case of emergencies ..... 135

*A. G. Krut*  
Adolescents' oral health as a strengthening potential general health ..... 141

*O. Yu. Sorokina, O. P. Berezniuk, O. L. Karlovych, V. A. Hanzha*  
Some aspects of professional psychological selection ..... 146

*V. V. Steblyuk*  
Problems of medical support and medical and psychological rehabilitation of ATO/JFO veterans ..... 151

**Special issue on military medicine**

*O. G. Shekera*  
Military medical services of foreign armies and Armed Forces of Ukraine ..... 157

Draft of the Military Medical Doctrine of Ukraine ..... 173

**Author Guidelines** ..... xv



**І. Абабії,**  
академік АН Республіки Молдова,  
доктор мед. наук, проф., науковий  
редактор (Республіка Молдова)  
**I. Ababii,**  
academician of the Academy of Sciences  
of Republic of Moldova, MD, PhD, Prof.,  
scientific editor (Republic of Moldova)



**З. Вадачкорія,**  
доктор мед. наук, проф., науковий  
редактор (Грузія)  
**Z. Vadachkoria,**  
MD, PhD, Prof., scientific editor (Georgia)



**Ю. Вороненко,**  
академік НАМН України, доктор мед. наук,  
проф., науковий редактор (Україна)  
**Yu. Voronenko,**  
academician of the NAMS of Ukraine MD,  
PhD, Prof., scientific editor (Ukraine)



**І. Кудайберенова,**  
доктор мед. наук, проф., науковий редак-  
тор (Республіка Киргизстан)  
**I. Kudaybergenova,**  
MD, PhD, Prof., scientific editor  
(Republic of Kyrgyzstan)



**А. Сікорський,**  
доктор мед. наук, проф., науковий редак-  
тор (Республіка Білорусь)  
**A. Sikorskiy,**  
MD, PhD, Prof., scientific editor  
(Republic of Belarus)



**О. Шекера,**  
академік АНВО України, доктор мед. наук,  
проф., головний редактор (Україна)  
**O. Shekera,**  
academician of the NAHE of Ukraine, MD,  
PhD, Prof., chief editor (Ukraine)

Шекера О. Г.<sup>1,2</sup>, Ткаченко В. І.<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна<sup>2</sup> Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

## ОСНОВИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ У РАЗІ ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

**Резюме. Актуальність.** Щороку в Україні реєструється близько 400 надзвичайних ситуацій. На сході країни з 2014 р відбувається антитерористична операція. На сьогодні постає загроза військового вторгнення на територію України інших держав. Це підкреслює актуальність підготовки лікарів первинної медичної допомоги до сучасних вимог реанімування, дій та медичного сортування на догоспітальному етапі. **Мета** – визначити і окреслити основи медичного сортування на догоспітальному етапі в умовах значних загроз військових дій та надзвичайних ситуацій в Україні. **Матеріали та методи.** З метою збору та аналізу інформації застосовували бібліосемантичний метод, метод експертних оцінок. **Результати.** На догоспітальному етапі медичне сортування проводиться з метою своєчасного надання медичної допомоги максимальній кількості постраждалих в обсязі, що забезпечує відновлення раптової втрати життєвих функцій та сприяє збереженню здоров'я постраждалих. Медичне сортування здійснюється медичними працівниками (лікарями, фельдшерами, медичними сестрами) за єдиними принципами щодо діагностики, лікування та прогнозу результатів лікування постраждалих та складається з двох етапів: перший етап медичного сортування – визначення належності кожного постраждалого до відповідної сортувальної категорії позначається сортувальним браслетом; другий етап медичного сортування – заповнення картки медичного сортування. Крім того, для кожного етапу визначені обсяги медичної допомоги, діагностики та лікування. На першому етапі медичного сортування, який триває не більше 60 секунд, базовий обсяг медичної допомоги: у дорослих перевіряють наявність дихання та, за потреби, відновлюють прохідність дихальних шляхів; визначають капілярний пульс; визначають стан свідомості; у дітей до 8 років для відновлення прохідності дихальних шляхів при відсутності дихання виконують 5 штучних вдихів. Базовий обсяг медичної допомоги на другому етапі медичного сортування складається з: потрібний прийом Сафара; ручне очищення порожнини рота та гортані; очищення ротоглотки за допомогою аспілятора; прийом Хеймліка; введення повітропроводу; ендотрахеальна інтубація; крікотомія (конікотомія); пункція крікотиреоїдної зв'язки; трахеостомія; здійснення штучного дихання, у тому числі з використанням мішка типу «АМБУ»; інгаляція кисню; непрямий масаж серця; дефібриляція; зупинка зовнішньої кровотечі (венозної, артеріальної); застосування протишокового одягу; накладення шийного комірця; мобілізація переломів за допомогою шин; фіксація постраждалого на транспортній дошці; накладання бинтових пов'язок; підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні ін'єкції; внутрішньокісткова пункція (доступ) для введення інфузійних розчинів; катетеризація периферійних чи центральних вен; використання лікарських засобів при реанімаційних заходах у дорослих та дітей; проведення тампонади носової порожнини при масивній кровотечі; проведення місцевої анестезії; лікувальна блокада. **Висновки.** Враховуючи ситуацію сьогодення в Україні, суспільство та медичні працівники, у тому числі працівники екстреної та первинної медичної допомоги, повинні бути обізнані в основах медичного сортування та обсягах надання догоспітальної невідкладної/екстреної медичної допомоги.

**Ключові слова:** медичне сортування; догоспітальний етап; військові дії

### Вступ

Щодня у світі реєструються тисячі подій, при яких відбувається порушення нормальних умов життя і діяльності людей і які можуть призвести або призводять до загибелі людей та/або до значних матеріальних втрат. Такі події називаються надзвичайними ситуаціями.

Щороку в Україні реєструється близько 400 надзвичайних ситуацій. В Україні функціонують понад 18 тис. потенційно небезпечних підприємств та інших об'єктів. Більшість з них мають не тільки економічну, оборонну та соціальну значимість для країни, але й потенційну небезпеку для здоров'я і життя населення, а

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2021

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожичська, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

також навколишнього природного середовища і є джерелами надзвичайних ситуацій та подій різного характеру. Комунальна інфраструктура зношена більш ніж на 60%, внаслідок чого кількість аварій за останні 10 років зростає майже в п'ять разів [1, 2, 5].

Протягом 2021 року зареєстровано 12 надзвичайних ситуацій, які за характером виникнення класифіковані як: 5 — техногенного характеру та 7 — природного характеру. Також упродовж грудня 2021 року тривав розвиток медико-біологічної надзвичайної ситуації державного рівня спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2. За інформацією МОЗ України, у грудні 2021 року зареєстровано 222 334 випадки захворювання людей на коронавірус COVID-19, з яких 9 557 — летальні [1, 2, 5].

Будь-яка надзвичайна ситуація зумовлює необхідність мобілізувати для роботи з ліквідації її наслідків значні матеріальні, фінансові та кадрові ресурси. Причому найбільш гостро постає питання оптимального та оперативного використання цих ресурсів, адже ціна успішного вирішення цього питання — людські життя. За вищенаведених причин не викликає ніяких сумнівів необхідність ефективного управління процесом зменшення та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. Важливою складовою успішного вирішення проблем щодо медичного забезпечення ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій є медичне сортування постраждалих (хворих) при надзвичайних ситуаціях.

**Мета** — визначити і окреслити основи медичного сортування на догоспітальному етапі в умовах значних загроз військових дій та надзвичайних ситуацій в Україні.

## Матеріали та методи

З метою збору та аналізу інформації застосовували бібліосемантичний метод та метод експертних оцінок.

## Результати

Медичне сортування — це розподіл постраждалих і хворих (далі — постраждали) на категорії з ознаками потреби в однорідних лікувально-профілактичних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань, обсягів наданої медичної допомоги на кожному етапі медичної евакуації та порядку евакуації. Медичне сортування проводиться, урахувавши необхідність застосування конкретних лікувальних заходів: зменшення наслідків травм (захворювань), які загрожують життю постраждалих; попередження розвитку ускладнень, зменшення їх тяжкості; підготовка та проведення евакуації [2-5].

На догоспітальному етапі медичне сортування проводиться з метою своєчасного надання медичної допомоги максимальній кількості постраждалих в обсязі, що забезпечує відновлення раптової втрати життєвих функцій та сприяє збереженню здоров'я постраждалих.

Медичне сортування здійснюється медичними працівниками (лікарями, фельдшерами, медичними сестрами) за єдиними принципами щодо діагностики, лікування та прогнозу результатів лікування постраждалих та складється з двох етапів.

При медичному сортуванні позначається належність кожного постраждалого до відповідної сортувальної категорії сортувальним браслетом (перший етап медичного сортування) та заповнюється картка медичного сортування (другий етап медичного сортування).

**Перший етап медичного сортування** проводиться біля місця виникнення надзвичайної ситуації, але на безпечній відстані від дії її вражаючих факторів. Тривалість проведення першого етапу медичного сортування становить не більше 60 секунд. На цьому етапі медичного сортування відбувається перший контакт медичного працівника, який проводить медичне сортування, з постражданим [2-5].

Базовий обсяг медичної допомоги на першому етапі медичного сортування [2-5]:

- у дорослих перевіряють наявність дихання та, за потреби, відновлюють прохідність дихальних шляхів;

- визначають капілярний пульс;

- визначають стан свідомості;

- у дітей до 8 років для відновлення прохідності дихальних шляхів при відсутності дихання виконують 5 штучних вдихів.

На першому етапі медичного сортування постраждалі розподіляються медичним персоналом (лікар, фельдшер, медична сестра) на чотири сортувальні категорії за станом здоров'я та потребою в однорідних лікувальних та евакуаційних заходах відповідно до медичних показань та позначаються відповідними кольоровими позначеннями — сортувальними браслетами (табл.1). Використовуються сортувальні браслети п'яти кольорів, які одягають на праву руку постраждалого, а якщо це неможливо, то на ліву руку. Сортувальний браслет повинен мати яскравий колір, що відповідає сортувальній категорії, розмір не менше 4 см завширшки та 20 см завдовжки, легко одягатися [2-5].

Сортувальний браслет є показником відповідності постраждалого до конкретної сортувальної категорії і є показником черговості надання медичної допомоги постражданим та послідовності евакуації і госпіталізації.

З сортувальними браслетами постраждалі переносяться або спрямовуються до сортувального полотнища, колір якого відповідає кольору сортувального браслета, що позначає сортувальну категорію, до якої був віднесений постражданий за результатами проходження першого етапу медичного сортування. Перша черга надається червоній сортувальній категорії, потім жовтій. Постраждалі, які віднесені до зеленої сортувальної категорії, спрямовуються для самостійного переміщення до сортувального полотнища або супроводжуються медичними працівниками. Момент надходження/передачі постраждалого на сортувальне полотнище сортувального майданчика є закінченням першого етапу медичного сортування.

**Другий етап медичного сортування** [2-5] проводиться на терміново підготовленому сортувальному майданчику, або під час транспортування постраждалого в заклад охорони здоров'я, чи у приймальних відділеннях.

Сортувальний майданчик розташовується на найближчій, але безпечній відстані від місця виникнення надзвичайної ситуації та її вражаючих факторів, на максимально рівній місцевості або у вільному приміщенні розміром не менше 25 x 15 метрів і умовно поділяється на шість зон, які відрізняються за функціями та кольорами. Візуалізація зон сортувального майданчика здійснюється полотнищами, які повинні бути виготовлені з вологостійкого матеріалу та мати розмір не менше ніж 6 x 4,5 метрів для можливості розміщення до 10 постраждалих на ношах. Виділяють 2 зони сірого кольору для прийому постраждалих (перший етап медичного сортування) і 4 зони з відповідними кольорами сортувальних полотнищ (червоний, жовтий, зелений, темно-фіолетовий/чорний) для розміщення постраждалих, яким надається медична допомога за визначеною сортувальною категорією (другий етап медичного сортування) та для розміщення відповідного медичного майна і обладнання. Між зонами сортувального майданчика (сортувальними полотнищами) передбачається відстань для можливості переміщення та пере-

несення постраждалих на ношах. Сортувальний майданчик повинен мати два вільних шляхи для прийому та евакуації постраждалих. У випадках, коли велика кількість постраждалих потребує на місці проведення термінових медичних заходів (лікування, повторне сортування) з перевищенням можливості наявного сортувального майданчика, створюється лікувальний стаціонар, що також розміщується якнайближче до місця події.

На даному етапі медичного сортування на кожного постраждалого заповнюється облікова статистична форма медичної документації № 109-2/о «Картка медичного сортування» (рис.1) відповідно до Інструкції щодо її заповнення, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.2012 № 366 [4].

Базовий обсяг медичного обстеження на другому етапі медичного сортування включає: визначення артеріального тиску; пульсу на центральних та периферійних артеріях; частоти дихання; капілярного пульсу; моніторинг життєвих показників; сатурація крові [2-5].

**Таблиця 1. Кольорові позначення при медичному сортуванні**

| Сортувальна категорія (відповідний колір) | Свідомість (за шкалою ком ГЛАЗГО) | Дихання (частота дихання)           | Кровообіг                                                                 | Стан здоров'я постраждалого                                                                                                                                              | Медичні заходи                                                                 |
|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| I (червоний)                              | 10 і менше балів                  | Менше 10 або більше 30 за 1 хв.     | Капілярний пульс більше 2 секунд. Відсутній периферійний пульс            | Під загрозою життя. Безпосередня загроза життю, що може бути усунена за умови негайного надання медичної допомоги, евакуації та подальшого лікування                     | Надання негайної медичної допомоги. Госпіталізація в першу чергу               |
| II (жовтий)                               | 14–11 балів                       | Не менше 8 та не більше 30 за 1 хв. | Капілярний пульс менше 2 секунд. Пульс на периферійних артеріях присутній | Тяжко поранений або хворий. Стан постраждалого із стабільними життєвими показниками, що дозволяють очікувати та отримати медичну допомогу в другу чергу                  | Надання медичної допомоги та госпіталізація в другу чергу                      |
| III (зелений)                             | Свідомість без порушення          | Дихання без порушення               | Кровообіг без порушення                                                   | Легко поранений або хворий. Незначне ушкодження здоров'я із задовільним загальним станом постраждалого з можливістю очікування отримання медичної допомоги довший термін | Надання допомоги у третю чергу з подальшим (амбулаторним) лікуванням           |
| IV (темно-фіолетовий/чорний)              | Свідомість відсутня               | Дихання з порушеннями               | Пульс слабкий                                                             | Немає шансів на життя. Пошкодження здоров'я постраждалого, що несумісні з життям                                                                                         | Догляд. Паліативна медична допомога з можливою евакуацією в лікувальний заклад |
|                                           |                                   | Дихання відсутнє                    | Пульс на магістральних артеріях відсутній                                 | Труп                                                                                                                                                                     | Ідентифікація. Констатація смерті                                              |

- Базовий обсяг медичної допомоги на другому етапі медичного сортування складається з:
- потрійний прийом Сафара;
  - ручне очищення порожнини рота та гортані;
  - очищення ротоглотки за допомогою аспіратора;
  - прийом Хеймліка;
  - введення повітроводу;
  - ендотрахеальна інтубація;
  - крікотомія (конікотомія);
  - пункція крікотиреоїдної зв'язки;
  - трахеостомія;
  - здійснення штучного дихання, у тому числі з використанням мішка типу «АМБУ»;
  - інгаляція кисню;
  - непрямий масаж серця;
  - дефібриляція;
  - зупинка зовнішньої кровотечі (венозної, артеріальної);
  - застосування протишокового одягу;
  - накладення шийного комірця;
- мобілізація переломів за допомогою шин;
  - фіксація постраждалого на транспортній дошці;
  - накладання бинтових пов'язок;
  - підшкірні ін'єкції;
  - внутрішньом'язові ін'єкції;
  - внутрішньовенні ін'єкції;
  - внутрішньокісткова пункція (доступ) для введення інфузійних розчинів;
  - катетеризація периферійних вен;
  - катетеризація центральних вен;
  - використання лікарських засобів при реанімаційних заходах у дорослих;
  - використання лікарських засобів при реанімаційних заходах у дітей;
  - проведення тампонади носової порожнини при масивній кровотечі;
  - проведення місцевої анестезії;
  - лікувальна блокада.

КОНТАМІНОВАНИЙ

Серія №

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна служба

Код форми по ЗКЗД  
Код форми по ЗКЗПО

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ  
Форми № 109-2/о (об'єднані)  
Застосовуються на території МОЗ України

КАРТКА МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ

Серія №

Дата: час:

Дані огляду

Стать: чоловіча жіноча Вік

Дитина (до 8 років)

Рана

Проникаюче поранення

Тупа травма

Опік

Перелом: закритий відкритий

Амутація

Забій

Інше

Можє ходити самостійно, незначні поранення

Дихання відсутнє після відновлення прохідності дихальних шляхів

Дихання відсутнє після 5 вдихів

Частота дихання більше 30/хв. чи менше 10/хв. Більше 45/хв. чи менше 15/хв.

Капілярний пульс більше 2 сек.

Периферійний пульс відсутній

Стан свідомості - неможливо виконувати прості команди

Не реагує на слова, неадекватно реагує на біль

Інше

Сортувальна категорія IV

Сортувальна категорія IV

Сортувальна категорія I

Сортувальна категорія I

Сортувальна категорія II

Сортувальна категорія II

Сортувальна категорія III

Сортувальна категорія III

Параметри життєдіяльності

| Час | Свідомість (шкала ГЛАЗГО) | Частота дихання за хв. | Пульс за хв. | Артеріальний тиск | Капілярний пульс, сек. |
|-----|---------------------------|------------------------|--------------|-------------------|------------------------|
|     |                           |                        |              |                   |                        |
|     |                           |                        |              |                   |                        |
|     |                           |                        |              |                   |                        |

Шкала ком ГЛАЗГО

1. Відкривання очей 2. Вербальна відповідь 3. Моторна відповідь

Спонтанно - 4 Орієнтований - 5 Виконує команди - 6

На голос - 3 Дезорієнтований - 4 Цілеспрямовано на біль - 5

На біль - 2 Незрозумілі слова - 3 Нецілеспрямовано на біль - 4

Відсутнє - 1 Незрозумілі звуки - 2 Тонічні згинання на біль - 3

Немає відповіді - 1 Немає відповіді - 1 Тонічні розгинання на біль - 2

Відсутня реакція - 1 Відсутня реакція - 1

15 балів - норма 14 - 13 балів - оглушення 12 - 9 балів - сонор

8 - 4 балів - кома 3 бали - смерть мозку

Проведене лікування, маніпуляції

| № | Час | Препарат/маніпуляція | Доза | Місце введення |
|---|-----|----------------------|------|----------------|
| 1 |     |                      |      |                |
| 2 |     |                      |      |                |
| 3 |     |                      |      |                |
| 4 |     |                      |      |                |
| 5 |     |                      |      |                |

Зміна сортувальної категорії

СК I СК II СК III СК IV

Бригада ШИМД

Особисті дані постраждалого/хворого

П.І.Б.

Адреса:

Телефон:

Час смерті год хв. Час смерті год хв.

СК I СК I

СК II СК II

СК III СК III

Рисунок 1. Облікова статистична форма медичної документації № 109-2/о «Картка медичного сортування»

Медичне сортування здійснюється медичним персоналом (лікар, фельдшер, медична сестра) безперервно протягом усього процесу надання медичної допомоги та проведення евакуації. Сортувальна категорія постраждалого може змінюватись у випадку покращення чи погіршення стану його здоров'я. Відповідна інформація обов'язково зазначається у картці медичного сортування та замінюється сортувальний браслет відповідного кольору.

**За результатами проведення медичного сортування на догоспітальному етапі визначається черговість госпіталізації (евакуації) постраждалих [2-5]:**

1. Дітям та жінкам під час проведення медичного сортування та евакуації слід надавати допомогу першочергово в межах їх сортувальної категорії.

2. Дорослим, які належать до:

червоної сортувальної категорії — медична допомога та евакуація до закладу охорони здоров'я забезпечуються в першу чергу;

жовтої сортувальної категорії — надається відповідна медична допомога за вказаним обсягом другого етапу сортування та здійснюється евакуація після постраждалих червоної сортувальної категорії;

зеленої сортувальної категорії — медична допомога надається в третю чергу;

темно-фіолетової/чорної сортувальної категорії — постраждалими, які отримали тілесні ушкодження несуттєві з життям, але мають ознаки життя надається паліативна медична допомога (догляд), евакуація проводиться в останню чергу за умови госпіталізації постраждалих червоної сортувальної категорії. Тіла померлих позначаються сортувальними браслетами чорного кольору та направляються до моргів або патолого-анатомічних бюро/бюро судово-медичної експертизи за наявності достатньої кількості транспортних засобів та відсутності потреби в евакуації постраждалих інших сортувальних категорій.

У разі підозри на наявність у постраждалих небезпечного інфекційного захворювання медичне сортування здійснюється з виконанням протиепідемічних заходів.

У разі контамінації постраждалих біологічними, хімічними агентами або радіаційними чинниками проводиться деконтамінація забрудненої поверхні одягу (тіла) постраждалого спеціальними підрозділами, працівники яких одягнені у відповідний захисний одяг. Спрямування постраждалих на сортувальний майданчик для медичного сортування здійснюється після деконтамінації постраждалих.

Роботою медичного персоналу на сортувальних майданчиках керує підготовлений та кваліфікований фахівець (далі — керівник сортувального майданчика), який організовує роботу медичних працівників, має інформацію про мережу закладів охорони здоров'я району або міста та може налагодити своєчасну евакуацію постраждалих, співпрацювати з рятувальними службами, працівниками поліції, представниками інших служб [2-5].

Керівник сортувального майданчика, після отримання інформації про загальну кількість постраждалих, якщо це необхідно, визначає потребу в залученні кількості бригад швидкої медичної допомоги з власної зони обслуговування з розрахунку 2 бригади на 3 постраждалих, 3 бригади на 5 постраждалих, 5 бригад на 10 постраждалих. За наявності 50 постраждалих і більше кількість бригад швидкої медичної допомоги повинна становити в середньому не менше 20 % від кількості постраждалих. Для надання медичної допомоги на місце надзвичайної ситуації направляються бригади постійної готовності першої черги (бригади швидкої медичної допомоги) та спеціалізовані бригади другої черги територіальної служби медицини катастроф відповідно до Порядку дій працівників системи екстреної (швидкої) медичної допомоги на випадок надзвичайної ситуації, затвердженого наказом МОЗ України від 24.09.2020 року № 2179 [6].

## Висновки

Враховуючі ситуацію сьогодення в Україні, суспільство та медичні працівники, у тому числі працівники екстреної та первинної медичної допомоги, повинні бути обізнані з основами медичного сортування та обсягами надання догоспітальної невідкладної/екстреної медичної допомоги.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. <https://www.dsns.gov.ua/ua/Dovidka-za-misy-ac/133842.html>.
2. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги".
3. Наказ МОЗ 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» - [https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn\\_20180319\\_504.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf).
4. Наказ МОЗ 18.05.2012 № 366 «Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації» - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0884-12#Text>.
5. Розпорядження КМУ від 28 грудня 2021 р. № 1742-р Про затвердження плану основних заходів цивільного захисту на 2022 рік - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1742-2021-%D1%80#n16>.
6. Наказ МОЗ України від 24.09.2020 № 2179 «Про затвердження нормативно-правових актів з питань надання екстреної медичної допомоги». - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1192-20#Text>.

Отримано / Received 10.10.2021

Рецензовано / Revised 20.10.2021

Прийнято до друку / Accepted 01.11.2021 ■

O. G. Shekera<sup>1,2</sup>, V. I. Tkachenko<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

## BASICS OF MEDICAL TRIAGE AT THE PRE-HOSPITAL STAGE IN CASE OF EMERGENCIES

**Abstract. Background.** About 400 emergencies are registered in Ukraine every year. An anti-terrorist operation has been taking place in the east of the country since 2014. Today there is a threat of military invasion of Ukraine by other countries. This emphasizes the urgency of training primary care physicians to modern requirements of response, action and medical triage at the prehospital stage. The purpose is to determine and outline the basics of medical triage at the pre-hospital stage in conditions of significant threats of hostilities and emergencies in Ukraine. **Materials and methods.** In order to collect and analyze an information a bibliosemantic method and a method of expert evaluation were used. **Results.** At the pre-hospital stage, medical triage is carried out in order to provide timely medical care to the maximum number of victims in the amount that restores the sudden loss of vital functions and helps to preserve the health of victims. Medical triage is carried out by medical staff (doctors, paramedics, nurses) according to the same principles for diagnosis, treatment and prognosis of treatment results and consists of two stages: the first stage of medical triage — determination of each victim belonging to the triage category by marking with a triage bracelet; the second stage is filling in the medical triage card. In addition, the scope of medical care, diagnosis and treatment is determined for each stage. At the first stage of medical triage, which lasts no more than 60 seconds, the basic amount of medical care: in adults, check the presence of respira-

tion and, if necessary, restore airway patency; determine the capillary pulse; determine the state of consciousness; in children under 8 years to restore airway patency in the absence of breathing perform 5 artificial respirations. The basic amount of medical care at the second stage of medical triage consists of: triple Safar technique; manual cleaning of the mouth and larynx; cleaning the oropharynx with an aspirator; Heimlik technique; duct introduction; endotracheal intubation; cricotomy (conicotomy); cricothyroid ligament puncture; tracheostomy; implementation of artificial respiration, including with the use of a bag type "AMBU"; oxygen inhalation; indirect heart massage; defibrillation; cessation of external bleeding (venous, arterial); use of anti-shock clothing; imposition of the neck collar; mobilization of fractures with the help of tires; fixing the victim on the transport board; application of bandages; subcutaneous, intramuscular, intravenous injections; intraosseous puncture (access) for the introduction of infusion solutions; peripheral or central vein catheterization; use of drugs in resuscitation measures in adults and in children; conducting tamponade of the nasal cavity with massive bleeding; conducting local anesthesia; medical blockade. **Conclusions.** Given the current situation in Ukraine, society and health personnel, including emergency and primary care staff, should be aware of the basics of medical sorting and the extent of pre-hospital emergency / emergency care.

**Keywords:** medical sorting; pre-hospital stage; military operations

Круть А. Г.

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

## ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА ПІДЛІТКІВ ЯК ПОТЕНЦІАЛ ЗМІЦНЕННЯ ЗАГАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

**Резюме. Актуальність.** У підлітковому віці вперше відбуваються або підсилюються негативні для здоров'я поведінкові патерни з наслідками в наступних вікових періодах. Погіршення здоров'я призводить до втрати або зменшення в популяції інтелектуального, економічного, соціального, культурного, духовного потенціалу, що негативно впливає на національну безпеку держави. **Мета:** провести теоретичний аналіз стану здоров'я порожнини рота підлітків України та чинників, що обумовлюють його розлади; запропонувати підходи до його покращення. **Матеріали та методи.** Дані державної й галузевої статистики, міжнародних баз даних здоров'я населення; наукова інформація; методи: бібліосемантичний; контент- та статистичного аналізу; графічний; узагальнення. **Результати.** Поширеність хвороб порожнини рота українських підлітків висока – 33,9 на 100 тис. населення відповідного віку, при меншій чисельності контингенту, ніж осіб 10-14 та 20-24 років. Регіональні відмінності ураження карієсом виглядають наступним чином: у Волинській області – 96,67%; Луганській – 75,0%; Дніпропетровській – 78,33%; Київській – 95,0%; Полтавській – 63,33%; Одеській – 76,0%; м. Львів – 80,0%. Високі рівні виявлені у містах Біла Церква Київської області, Тернопіль, Харків, Полтава, Чорноморськ Одеської області. Поширеність запалення тканин пародонту становила по регіонах 53,2%, симптому кровоточивості ясен – 37,9%. Показано, що для підлітків характерні низька фізична активність, порушення режиму й складу раціону харчування, вживання алкоголю, тютюнопаління, низький рівень гігієнічних навичок; це сприяє розладам загального здоров'я, зокрема, порожнини рота. **Висновки.** Існує нагальна потреба у: підвищенні ефективності профілактики захворювань порожнини рота шляхом впливу на чинники ризиків через тісну взаємодію сім'ї й суспільних інституцій; комплексному лікуванні патологій дітей і підлітків; покращанні доступності стоматологічної допомоги.

**Ключові слова:** здоров'я підлітків; хронічні хвороби; спільні чинники ризику; гігієна порожнини рота; профілактика захворювань

### Вступ

Організацією об'єднаних націй та Всесвітньою організацією охорони здоров'я питання здоров'я підлітків у світі визначено новим рубежем для охорони громадського здоров'я, що призвело до виокремлення цієї проблеми в «Глобальній стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків» (2016-2030 гг.), прийнятій у 2015 році [1, 2]. Здоров'я підлітків заслуговує на пильну увагу, оскільки саме у підлітковому віці вперше відбуваються або підсилюються негативні для здоров'я і якості життя поведінкові патерни, що мають наслідки в наступних вікових періодах. Це – вживання тютюну, алкоголю, наркотичних речовин, інфікування ВІЛ, недостатня фізична активність, неконтрольоване використання цифрових технологій і соціальних мереж, перехід на неповноцінне харчування [3].

Погіршення здоров'я призводить до втрати або зменшення необхідного для особи й суспільства інтелектуального, економічного, соціального, культурного, духовного потенціалу, що в кінцевому результаті негативно впливає на національну безпеку держави.

За результатами вітчизняних досліджень, [4], стан здоров'я лише 12,0% українських підлітків відповідає безпечному рівню; у 32,0% підлітків він нижче середнього або низький, що може бути чинником ризику розвитку різних захворювань.

За даними МОЗ України, поширеність усіх хвороб в українській популяції підлітків з віком зростає, у порівнянні з такою серед дітей більш ранніх вікових груп, і залишається на вищих рівнях. За період 2012-2017 років поширеність хвороб серед дітей віком 15-17 років

зросла на 0,8%, або з 2159,6 до 2177,72 на 1000 нас. відповідного віку й була вищою за відповідні показники серед дітей віком 10-14 років (1969,05 та 1676,16 на 1000 нас. відповідного віку), що свідчить про накопичення хронічних хвороб у популяції. У підлітків, у порівнянні з дітьми більш молодшого віку, спостерігається зростання поширеності ендокринних хвороб, розладів харчування та обміну речовин, хвороб системи кровообігу, органів травлення, кістково-м'язової та сполучної тканини, травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників.

Зазначені хвороби тісно пов'язані з хворобами порожнини рота, які входять у трійку провідних причин тягаря хвороб населення світу, у т. ч. дитячого й підліткового віку. Доведено зв'язок між цукровим діабетом, надмірною масою тіла й захворюваннями тканин пародонту [5, 6], бактеріальних захворювань порожнини рота й кишківника, зокрема, у підлітків [7, 8], підтверджено зв'язок адентії та хвороб порожнини рота з хворобами системи кровообігу та органів дихання, карієсу з ювенільним ревматоїдним артритом [9, 10].

Важливо, що взаємозв'язок хвороб порожнини рота та інших хвороб полягає й у тому, що їх розвитку сприяють спільні чинники ризику, що перераховані вище. У той же час значимість хвороб порожнини рота як важливої складової соматичного здоров'я часто недооцінюють, розглядають їх як окрему проблему, що вносить свій негативний внесок у її вирішення. Актуальність проблеми вимагає її додаткового дослідження.

**Мета дослідження:** провести теоретичний аналіз стану здоров'я порожнини рота населення підліткового віку України та чинників, що обумовлюють його розлади; запропонувати підходи до його покращення.

## Матеріали та методи

Матеріалами дослідження слугували дані державної й галузевої статистики, міжнародних баз даних здоров'я населення; світова наукова інформація та результати досліджень вітчизняних вчених (усього 21 од.); використані методи: бібліосемантичний; контент-та статистичного аналізу; графічний; узагальнення.

## Результати та обговорення

Аналіз Глобальної бази даних здоров'я [11] засвідчив, що поширеність хвороб порожнини рота українських підлітків (осіб віком 15-19 років) висока – 33,9 на 100 тис. населення відповідного віку, хоча нижча, ніж у їх однолітків у країнах Східної Європи. Поширеність цих хвороб трохи нижча у хлопчиків, ніж у дівчаток у всіх вікових групах, що піддавались аналізу (10-14 років, 15-19 років, 20-24 роки). Особливу увагу привертає поступове й неухильне зростання поширеності саме в осіб підліткового віку, у порівнянні з молодшою за них віковою групою (табл. 1).

Це свідчить про прогресування хвороб порожнини рота з віком, а значить, низький рівень як гігієни порожнини рота й недотримання елементарних засад здорового способу життя вже в дитячому й підлітковому віці, так і про недостатній рівень профілактичних заходів з боку медичної системи й суспільних інституцій.

Ситуація поглиблюється несприятливою демографічною ситуацією саме відносно населення вікової групи 15-19 років, оскільки станом на 01.01.2021 р. осіб зазначеного віку нараховувалося за чисельністю менше, ніж дітей 10-14 років та осіб 20-24 років (табл. 2) [12].

Це вказує на ризики достатнього кількісного забезпечення населення країни економічним, інтелектуальним, військовим, репродуктивним людським потенціалом та якісного стану його здоров'я, зокрема, стоматологічного, у найближчі п'ять років.

Загальні статистичні дані підтверджені епідеміологічними дослідженнями, проведеними в Україні з метою вивчення здоров'я порожнини рота дітей і підлітків. Слід зазначити, що таких досліджень чимало, і вони мають як науковий, так і практичний інтерес, оскільки допомагають визначити напрями удосконалення профілактики, лікування та організації стоматологічної допомоги підлітковому населенню, від стану здоров'я якого, зокрема, порожнини рота, у найближчі роки буде залежати соціально-економічне та інтелектуально-культурне становище нашої країни та її обороноздатність.

За даними авторів, які проводили дослідження за Європейськими індикаторами стоматологічно-

**Таблиця 1. Поширеність хвороб порожнини рота у дітей та підлітків та осіб молодого віку в Україні та країнах Східної Європи (за даними Global Health Data Exchange <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>; 2019)**

| Контингенти населення           | Вікові категорії (роки)/ країни/поширеність хвороб порожнини рота на 100 тис. відповідного населення |                       |         |                       |         |                       |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|-----------------------|---------|-----------------------|
|                                 | 10-14                                                                                                |                       | 15-19   |                       | 20-24   |                       |
|                                 | Україна                                                                                              | Країни Східної Європи | Україна | Країни Східної Європи | Україна | Країни Східної Європи |
| Усе населення відповідного віку | 31,1                                                                                                 | 31,9                  | 33,9    | 34,7                  | 38,9    | 39,9                  |
| Хлопчики/чоловіки               | 30,3                                                                                                 | 31,2                  | 33,0    | 33,9                  | 37,8    | 39,0                  |
| Дівчатка/жінки                  | 31,9                                                                                                 | 32,7                  | 34,9    | 35,6                  | 40,1    | 40,8                  |

го здоров'я в м. Біла Церква Київської області [13], поширеність карієсу у дітей віком 15 років складала 83,3%, що перевищувало на 15,0% аналогічні дані по м. Львів, але було нижчим на 31,0%, ніж по м. Тернопіль. Число видалених постійних зубів у перерахунку на 1000 осіб становило у обстеженого контингенту дітей 33,3, при європейському нульовому індикаторі. Індекс гігієни порожнини рота за спрощеним індексом Гріна–Вермільйона у цих дітей дорівнював 1,31, тобто, був на задовільному рівні, разом з тим, поширеність кровоточивості ясен становила 86,7%, що відповідало високому рівню. Лише 60,0% обстежених підлітків дотримувалися рекомендованого режиму чищення зубів. Аналогічні дослідження у м. Львів засвідчили, що цей показник дорівнював 58,0%, у м. Тернопіль – 21,0%.

За Європейським критерієм визначення сором'язливості зубів, що примушувало дітей стримувати посмішку, за даними цих досліджень, найвищий відсоток дітей виявився у дітей м. Тернопіль – 42,0%.

Дослідження стану здоров'я порожнини рота у дітей м. Чорноморськ Одеської області показали, що поширеність карієсу постійних зубів у дітей віком 15 років становила 70,5% [14].

Поширеність карієсу постійних зубів у дітей віком 15 років м. Полтава на рівні  $81,0 \pm 3,8\%$  виявлено дослідженнями автора [15].

Серед усіх підлітків м. Харкова поширеність карієсу постійних зубів становила 91,0% [16].

За даними огляду [17] засвідчено, що ранні прояви захворювань запального характеру слизової оболонки порожнини рота частіше реєструють у віці від 10 до 20 років, серед яких гінгівіт зустрічається у 80,0% осіб.

Широкомасштабні дослідження стану здоров'я порожнини рота дітей України, проведені у 2003-2017 роках [18], засвідчили високу поширеність карієсу зубів у дітей 15 років у різних регіонах: Волинській області – 96,67%; м. Львів – 80,0%; Луганській – 75,0%; Дніпропетровській – 78,33%; Київській – 95,0%; Полтавській – 63,33%; Одеській – 76,0%; поширеність запалення тканин пародонту становила в середньому по регіонам 53,2%, а симптом кровоточивості ясен виявлявся у 37,9 % підлітків.

Високий ступінь ураження порожнини рота у підлітків обумовлений чинниками ризику, загальними для інших неінфекційних захворювань, низькою гігієною

порожнини рота та недосконалістю організації стоматологічної допомоги дітям та підліткам.

За аналітичними даними [19], фізична активність дітей віком 15 років складає 6,7 тис. кроків на день, що значно менше щоденної мінімальної норми рухової активності (10 тис. кроків на день). Молодь надає перевагу пасивним формам відпочинку, переважно користуванню соціальними мережами та цифровими застосунками. Тютюнопаління, яке є доведеним чинником ризику карієсу зубів та новоутворень порожнини рота, практикує 6,0% юнаків та 2,0% дівчат віком 16-17 років, а формується ця залежність у дітей вже з 12 років. Вживання алкогольних напоїв є чинником ризику неадекватної поведінки, що сприяє травматизму щелепно-лицевої ділянки та розвитку онкологічних хвороб порожнини рота, розпочинається українською молоддю в 13–15 років. Найрозповсюдженішими алкогольними напоями серед підлітків є пиво, слабоалкогольні напої та вино.

Дотримуються належного режиму харчування лише близько 41,0–74,0% підлітків, в залежності від місця проведення досліджень, а овочі та фрукти, які необхідні для повноцінного розвитку і функціонування тканин зуба та пародонту, присутні лише в добовому раціоні 17,0%–22,0% молоді. На одну особу за рік у 2019 році українці споживали 28,8 кг цукру, що майже на 10 кг менше, ніж у 2005 році, однак це значно вище, ніж рекомендують експерти ВООЗ [20].

Недотримання гігієни порожнини рота викликає біль, дискомфорт та виникнення запальних хвороб слизової оболонки та пародонту, сприяє руйнуванню зубів, поганому запаху з рота, що ускладнює повсякденну діяльність, соціальні стосунки та призводить до пропуску навчальних занять. Чистять зуби частіше одного разу на день тільки 60,0% дівчат та 43,0% хлопців [21].

Виходячи з матеріалів дослідження, можна зробити висновки, що в популяційному масштабі слід підвищити ефективність профілактики захворювань порожнини рота, спрямованих на чинники ризику, що їх обумовлюють (фізичну активність, шкідливі залежності, харчування), та гігієнічні навички; лікуванням охоплювати не лише хвороби цієї локалізації, але й гострі й хронічні неінфекційні патології дитини та підлітка; забезпечити доступність стоматологічної допомоги до зазначених вікових контингентів населення.

**Таблиця 2. Кількість наявного населення України за окремими віковими періодами та статтю станом на 01.01.2021 (за даними Державної служби статистики України)**

| Вікові групи / роки | Стать               |          |                   |          |               |          |
|---------------------|---------------------|----------|-------------------|----------|---------------|----------|
|                     | обидві статі (абс.) | відсоток | хлопчики/чоловіки | відсоток | дівчата/жінки | відсоток |
| Усе населення       | 41 418 717          | 100,0    | 19 195 376        | 46,3     | 22 223 341    | 53,7     |
| у т. ч.             |                     |          |                   |          |               |          |
| 10–14               | 2 292 705           | 5,5      | 1 179 905         | 6,1      | 1 112 800     | 5,0      |
| 15–19               | 1 901 428           | 4,6      | 978 279           | 5,1      | 923 149       | 4,2      |
| 20–24               | 1 999 133           | 4,8      | 1 029 297         | 5,4      | 969 836       | 4,4      |

Зазначені заходи мають втілюватися в життя на рівні сім'ї, школи, закладів вищої освіти, охорони здоров'я, фізичної культури і спорту, громади за рахунок формування політики держави, спрямованої на збереження й покращання здоров'я молодого покоління.

## Висновки

Стан загального здоров'я підліткового населення України, складовою якого є здоров'я порожнини рота, є незадовільним, про що свідчать результати проведеного теоретичного дослідження. На додаток, зважаючи на несприятливі демографічні показники, ситуація складається ризиковою для збереження і відтворення соціально-економічного, інтелектуально-культурного, репродуктивного потенціалу держави, що впливатиме на її обороноздатність та національну безпеку.

Існує нагальна потреба у підвищенні ефективності профілактики захворювань порожнини рота, зменшенні впливу чинників ризику, що їх обумовлюють; покращенні гігієнічних навичок догляду за порожниною рота; забезпеченні комплексного лікування патологій дітей і підлітків; забезпеченні доступності стоматологічної допомоги до даних вікових контингентів населення, що потребує тісної взаємодії сім'ї та суспільних інституцій за підтримки держави.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.): здоровье подростков: доклад Секретариата. Всемирная организация здравоохранения. Исполнительный комитет, 140. 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/273365>.
2. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). Всемирная организация здравоохранения, 2015. 108 с.
3. Подростки: риски для здоровья и их пути решения. Всемирная организация здравоохранения. глобальный веб-сайт. Главная страница/Центр СМИ/Информационные бюллетени/Подробнее/. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
4. Карпінська Т. Г., Грабовська Т. В., Середа С. В., Короткий В. В. Показники стану здоров'я сучасних підлітків, як одна із складових здоров'я населення держави. *Укр. Мед. Часопис*, № 3 (143) – V/VI 2021 | WWW.UMJ.COM.UA.
5. Statistical Study of Dental Changes in Patients Diagnosed with Diabetes Mellitus / Färçaş-Berechet C. M. et al. *Curr Health Sci J*. 2019. № 45(2). P. 190–197. doi:10.12865/CHSJ.45.02.10.
6. Костура В. Л., Безвушко Е. В. Поширеність та структура захворювань тканин пародонта у дітей із надмірною масою тіла. *Клінічна стоматологія*. 2017. № 2. С. 42–47.
7. Лісецька О. С., Рожко М. М. Взаємозв'язок захворювань тканин пародонту та патологій шлунково-кишкового тракту. *Art of medicine*. 2017. № 2(2). С. 83–87.
8. The relationship between the immune system and oral manifestations of inflammatory bowel disease: a review / Vaso-

vic M. et al. *Cent Eur J Immunol*. 2016. № 41(3). P. 302–310. doi: 10.5114/ceji.2016.63131.

8. Influence of the oral status on cardiovascular diseases in an older Italian population / De Angelis F. et al. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2018. Vol. 31. P. 1–7. doi:10.1177/0394632017751786.

9. Кулигіна В. М., Пилипюк О. Ю. Результати вивчення карієс сприйнятливості емалі зубів та ремінералізуючого потенціалу змішаної слини у дітей з ювенільним ревматоїдним артритом. *Вісник проблем біології і медицини*. 2015. Вип. 2, Т. 3. С. 359–362.

10. Global Health Data Exchange. 2019. URL: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>;

11. Розподіл постійного населення України за статтю та віком на 1 січня 2021. Державна служба статистики України. За ред. Марії Тімоніної. 2021. 346 с.

12. Сороченко Г. В., Скульська С. В., Шутко І. Ф. Європейські індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку Київської області. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016. № 1(67). С. 36–40.

13. Рейзвіх О. Е., Шнайдер С. А., Анісімова Л. В. Динаміка зміни рівня поширеності й інтенсивності карієсу та захворювань пародонту в дітей 6–15 років м. Чорноморськ за 9 років спостереження. *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2019. 25(3):332–6.

14. Поліщук Т. В. Аналіз ураженості карієсом дітей та підлітків м. Полтава. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2014. Т. 14, Вип. 4(48). С. 37–40. URL: <http://repository.pdmi.edu.ua/handle/123456789/519>.

15. Кривенко Л. С., Тищенко О. В., Леніліна К. М. Вплив альтернативних методів паління на особливості об'єктивних та суб'єктивних показників здоров'я ротової порожнини. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2020. № 2(38). С. 20–23.

16. Шманько В. В., Котик М. І., Микитів М. В. Сучасні підходи до лікування хвороб пародонта і слизової оболонки порожнини рота. *Вісник наукових досліджень*. 2015. № 4. С. 71–74.

17. Янчук А. О., Скиба В. Я., Катеринчук І. П., Кузнichenko С. О., Скиба О. В. Епідеміологічні дослідження та моніторинг стоматологічної захворюваності у дітей України. *Світ Медицини та Біології*. 2019. № 2(68). С. 154–158.

18. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ: МБЦ «Медінформ», 2018. С. 107–119.

19. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003. 160 p.

20. Стан та чинники здоров'я українських підлітків : моногр. О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх та ін.; наук. ред. О. М. Балакірева. К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. К. : "К.І.С.", 2011. 172 с.

Отримано / Received 13.10.2021

Рецензовано / Revised 29.10.2021

Прийнято до друку / Accepted 08.11.2021 ■

---

A. G. Krut

Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

### ADOLESCENTS' ORAL HEALTH AS A STRENGTHENING POTENTIAL GENERAL HEALTH

**Abstract.** *Background.* Negative behavioral patterns with consequences in subsequent age periods occur or intensify for the first time in adolescence. Deterioration of health leads to loss or reduction in the population of intellectual, economic, social, cultural, spiritual potential, negatively affecting the national security of the state. The purpose of the study: to conduct a theoretical analysis of the health of an oral cavity of adolescents and the factors that cause its disorders; suggest approaches to its improvement. *Materials and methods:* data from state and industry statistics, international databases of public health; scientific information; methods: bibliosemantic; content and statistical analysis; graphic; generalizations. *Results.* The prevalence of oral diseases of Ukrainian adolescents is high – 33.9 per 100 thousand population of the appropriate age, and their number is less than children 10–14 and young people 20–24 years. Regional differences in caries are as follows: in the Volyn region – 96.67%; Luhansk –

75.0%; Dnipropetrovsk – 78.33%; Kiev – 95.0%; Poltava – 63.33%; Odessa – 76.0%; Lviv – 80.0%. High levels were found in the cities of Bila Tserkva of Kyiv region, Ternopil, Kharkiv, Poltava, Chernomorsk of Odessa region. The prevalence of periodontal inflammation was 53.2% by region, and the incidence of bleeding gums was 37.9%. It is shown that low physical activity, violation of the regime and composition of the diet are characteristic of adolescents, as well as alcohol consumption, smoking, low levels of hygiene skills; it contributes to general health disorders, in particular the oral cavity. *Conclusions.* There is an urgent need to improve the prevention of oral diseases by addressing risk factors and close interaction between family and community institutions; complex treatment of pathologies of children and adolescents; improving the availability of dental care.

**Keywords:** adolescent health; chronic diseases; common risk factors; oral hygiene; disease prevention

Сорокіна О. Ю., Березнюк О. П., Карлович О. Л., Ганжа В. А.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДБОРУ

**Резюме. Актуальність.** Підготовка офіцерів медичної служби запасу є одним з пріоритетних завдань, що стоїть перед вищими військовими навчальними закладами та профільними кафедрами медичних закладів вищої освіти (ЗВО) України. Актуальність теми дослідження обумовлена соціальним замовленням суспільства на підготовку лікарів, здатних професійно надавати допомогу в бойових та екстремальних ситуаціях та підвищенням ефективності професійного психологічного відбору кандидатів на навчання на військових кафедрах. Професійно-психологічний відбір (ППВ) є одним з пріоритетних напрямків психологічного забезпечення підготовки офіцерів запасу в медичних ЗВО, який дозволяє прогнозувати успішність навчання і регулювати відповідність кандидатів на навчання вимогам військової підготовки і служби, підвищити прогностичний рівень оцінки їх професійної придатності на етапі ППВ, використовувати отримані при проведенні ППВ кандидатів характеристики в навчально-виховній роботі для їх подальшого формування і розвитку. **Мета дослідження:** дослідити та проаналізувати проблеми підвищення ефективності професійного психологічного відбору кандидатів на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини за програмою підготовки офіцерів медичної служби запасу. **Матеріали та методи.** Нормативно-правові документи України, результати соціологічних досліджень та методики оцінки військово-мотиваційної спрямованості особистості, рівня нервово-психічної стійкості, професійної придатності до успішного навчання у військовому навчальному підрозділі ЗВО. **Результати.** Авторами проаналізовано результати власних досліджень а саме рівень адаптивних здібностей кандидатів на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини, рівень розвитку якостей кандидатів на навчання та відсоткова шкала ступеня розвитку інтелекту. **Висновки.** Професійна підготовка офіцера медичної служби запасу – це складний і багатоплановий процес, який багато в чому визначає якість медичного забезпечення військ у мирний і воєнний час, підвищення ефективності якого – одна з найбільш актуальних проблем військово-медичної освіти. Одними з елементів для вирішення цього завдання є якісне проведення професійного психологічного відбору кандидатів для вступу на військові кафедри та високий рівень професійної компетентності офіцера-викладача. Це стане запорукою подальшого розвитку студента як майбутнього військового фахівця, готового до виконання завдань у реальних бойових умовах служби в армії, формування моральної і психологічної готовності до захисту Батьківщини, вміння підтримувати військову дисципліну, навчати і виховувати підлеглих. **Ключові слова:** професійний психологічний відбір; Збройні Сили України; якість підготовки офіцерів запасу; соціально-психологічне вивчення; чинники впливу на підготовку офіцерів медичної служби запасу; провідне завдання сучасних педагогічних технологій

### Вступ

У статті висвітлені актуальні питання, пов'язані з підвищенням ефективності професійної підготовки студентів медичного ЗВО на кафедрі медицини катастроф та військової медицини на основі вдосконалення їх професійного психологічного відбору. Досліджено фактори, які впливають на підготовку офіцерів медичної служби запасу, так і їх визначального елемента – професійної підготовки та педагогічної майстерності професорсько-викладацького складу кафедри.

Сучасний етап розвитку Збройних Сил України характеризується значними перетвореннями в структурі, технічному та кадровому забезпеченні. Соціальне замовлення на кадрове забезпечення Збройних Сил України, особливо в сучасних реаліях, пов'язаних із зовнішньою агресією та загрозою територіальної цілісності держави, орієнтоване на посилення професіоналізму, зростання вимог до рівня підготовки військових фахівців. Підготовка офіцерів медичної служби запасу є одним із пріоритетних завдань, що стоїть перед ка-

федрами медицини катастроф та військової медицини медичних закладів вищої освіти.

Актуальність теми дослідження обумовлена:

соціальним замовленням суспільства на підготовку лікарів, здатних професійно надавати допомогу в бойових та екстремальних ситуаціях;

потребою силових відомств у висококваліфікованих фахівцях медичної служби;

необхідністю подальшого вдосконалення процесу навчання студентів на кафедрах медицини катастроф та військової медицини та заходів професійного психологічного відбору громадян для якісної підготовки офіцерів медичної служби запасу.

Професійний психологічний відбір (ППВ) військових фахівців – це система заходів, що надає можливість виявляти осіб, психологічні властивості та професійні здібності яких відповідають вимогам конкретних спеціальностей, тобто це система вибору найпридатніших для навчання за обраною спеціальністю. Основною метою професійного відбору військових фахівців є забезпечення максимальної відповідності індивідуальних характеристик, особливостей і можливостей людини вимогам військово-професійної діяльності. Необхідність у професійному відборі викликано обмеженістю педагогічних можливостей розвитку низки психологічних якостей та властивостей людини, а також наявністю певного кола спеціальностей, що висувають до військового фахівця неадекватні для його організму вимоги. Недостатній розвиток відповідних спеціальностей психічних якостей і здібностей виявляється як професійна непридатність (протипоказання).

Професійно-психологічний відбір є одним з пріоритетних напрямків психологічного забезпечення підготовки офіцерів запасу в медичних вузах, який дозволяє:

прогнозувати успішність навчання і регулювати відповідність кандидатів на навчання вимогам військової підготовки і служби;

підвищити прогностичний рівень оцінки їх професійної придатності на етапі ППВ;

використовувати отримані при проведенні ППВ кандидатів характеристики в навчально-виховній роботі для їх подальшого формування і розвитку.

Мета ППВ полягає у визначенні на підставі оцінки індивідуальних психологічних якостей особистісні особливості кандидата та його придатність до навчання у військовій сфері.

Оцінка індивідуальних психологічних якостей вступників включає:

оцінку військово-мотиваційної спрямованості особистості;

оцінку рівня нервово-психічної стійкості;

оцінку професійної придатності до успішного навчання у військових навчальних підрозділах закладах вищої освіти (ВНП ЗВО) і оволодіння відповідною військовою спеціальністю.

Професійний психологічний відбір громадян, які виявили бажання укласти договір на навчання за програмою військової підготовки офіцерів медичної служ-

би запасу на кафедрі медицини катастроф та військової медицини проводиться з використанням методів соціально-психологічного вивчення, психологічного та психофізіологічного обстеження.

Соціально-психологічне вивчення передбачає аналіз основних мотивів діяльності, умов виховання та розвитку особистості, вивчення військово-професійної спрямованості, а також оцінку розвитку соціально-психологічних характеристик особистості громадян, необхідних для успішного освоєння військово-облікової спеціальності.

Психологічне та психофізіологічне обстеження громадян проводиться з метою визначення у них рівня загальних пізнавальних здібностей, нервово-психічної стійкості і окремих індивідуально-психологічних якостей, професійно важливих для підготовки за військово-обліковими спеціальностями і навчання на кафедрі.

Успішність професійного навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини також істотно залежить від мотиваційної орієнтації студентів на процес і результат їх майбутньої професійної діяльності. Специфіка навчання на військовій кафедрі полягає в тому, що більшість студентів не пов'язують свою подальшу професійну діяльність з військовою службою. Для більшості студентів навчання на військовій кафедрі є допоміжною сходинкою для забезпечення задоволення своїх потреб у професійній діяльності після закінчення вузу.

Яка ж мотивація здобуття студентами додаткових знань з професійної військової підготовки та отримання ними офіцерського звання?

У першу чергу – це конкурентоспроможність випускника вузу на ринку праці. Отримані знання з основної цивільної спеціальності дозволяють йому зайняти гідне місце в житті та успішно реалізувати себе у професійній діяльності. Звання офіцера медичної служби запасу дає змогу істотно збільшити сферу застосування отриманим знанням, навичкам.

У даний час перед ЗВО, що займаються підготовкою офіцерів запасу для формування резерву Збройних сил України, стоїть завдання підготовки фахівців вузького профілю, високої професійної компетентності з розвитком творчим мисленням. Це завдання може бути вирішена тільки при тісному взаємозв'язку навчального процесу і здобутих знань по основній цивільній спеціальності, одержуваної на факультеті, і додаткових знань, отриманих на військових кафедрах при цивільних ЗВО.

**Мета дослідження:** дослідити та проаналізувати проблеми підвищення ефективності професійного психологічного відбору кандидатів на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини за програмою підготовки офіцерів медичної служби запасу.

## Матеріали та методи

Керуючись наказом Міністра оборони України від 09 липня 2009 року № 355 при організації та проведенні професійного психологічного відбору кандидатів на

навчання за програмою підготовки офіцерів запасу на кафедрі медицини катастроф та військової медицини Дніпровського державного медичного університету в 2021 році були використані такі методики:

- щодо оцінки військово-мотиваційної спрямованості особистості – анкетування з використанням "Картки вивчення студента, який вступає на навчання за програмою підготовки офіцерів запасу";
- щодо оцінки рівня нервово-психічної стійкості для обстеження кандидатів на навчання був використаний багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" (Маклакова);
- щодо оцінки професійної придатності до успішного навчання у ВНП ЗВО і оволодіння відповідною військовою спеціальністю – методика "Матриці прогресивні Равена".

Перед початком вступних випробувань з кандидатами на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини (у кількості 55 студентів), які залучалися до проведення професійного психологічного відбору, були проведені інструкторсько-методичні заняття з питань порядку і правил проведення психологічного обстеження, а також здійснювалася перевірка готовності матеріально-технічного забезпечення цього заходу.

Багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" (Маклакова) дозволяє отримати всебічний портрет людини, що крім кількісних і якісних характеристик стійких професійно важливих властивостей, включає багатий спектр таких структурних компонентів особистості як мотиваційна спрямованість, самооцінка, стиль міжособистісної поведінки, риси характеру, тип реагування на стрес, фон настрою, ступінь адаптованості індивіда і можливий тип дезадаптації, наявність психічних відхилень, вираженість лідерських рис, схильність до суїциду. При цьому великою перевагою даної методики є наявність в її структурі шкал достовірності, що дозволяють визначити не тільки надійність результатів, але й установку досліджуваного на саму процедуру обстеження. Це дає можливість інтер-

претації отриманих даних через призму виявлених за допомогою шкал достовірності тенденцій до агравації або дисимуляції.

Методика "Матриці прогресивні Равена" використовувалася для вивчення логічності мислення, для виявлення здібності до систематизованої, планомірної, методичної інтелектуальної діяльності кандидатів на навчання. Тест складається з невербальних завдань.

## Результати та обговорення

При використанні багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність" (Маклакова) обробку результатів проводили за п'ятьма "ключам", відповідних шкалам: "достовірність", "нервово-психічна стійкість", "комунікативні здібності", "моральна нормативність", "особистісний адаптивний потенціал".

Результати досліджень респондентів (кандидатів на навчання по програмі підготовки офіцерів запасу на кафедрі медицини катастроф та військової медицини) надані в таблицях 1 та 2. Загальна кількість респондентів – 55 студентів.

Для виміру рівня інтелектуального розвитку та оцінки здатності до систематизованої, планомірної, методичної інтелектуальної діяльності (логічність мислення) кандидатів на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини була використана Шкала прогресивних матриць Равена.

Матеріал тесту чорно-білого варіанту складався з 60 матриць або композицій з пропущеними елементами. Завдання розділені на п'ять серій (А, В, С, D, Е). Кожна серія включає 12 таблиць, в яких є завдання зростаючої складності при переході від серії до серії. Респондент повинен вибрати недостаючий елемент матриці серед 6 – 8 запропонованих варіантів. Передумовою правильного рішення є логічне міркування про те, за яким законом складений малюнок у прямокутнику, пусте місце в якому ви повинні заповнити. Час на рішення 60 завдань був обмежений 20 хвилинами.

Кожне правильне рішення оцінювалося в 1 бал. За допомогою ключа підраховувалася загальна сума отри-

**Таблиця 1. Рівень адаптивних здібностей кандидатів на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини за шкалою "ОАП" методики "Адаптивність"**

| Рівень адаптивних здібностей (стени) | Інтерпретація                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Кількість респондентів |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 5 – 10                               | Групи високої та нормальної адаптації. Особи цих груп досить легко адаптуються до нових умов діяльності, швидко входять у новий колектив, досить легко й адекватно орієнтуються в ситуації, швидко виробляють стратегію своєї поведінки. Як правило, не конфліктні, мають високу емоційну стійкість                                                                                                                                                            | 50                     |
| 3 – 4                                | Група задовільної адаптації. Більшість осіб цієї групи мають ознаки різних акцентуацій, які у звичних умовах частково компенсовані й можуть проявлятися при зміні діяльності. Тому успіх адаптації залежить від зовнішніх умов середовища. Ці особи, як правило, мають невисоку емоційну стійкість. Можливі асоціальні зриви, прояв агресії й конфліктності. Особи цієї групи вимагають індивідуального підходу, постійного спостереження, корекційних заходів | 5                      |
| 1 - 2                                | Група низької адаптації. Особи цієї групи мають ознаки явних акцентуацій характеру з деякими ознаками психопатій, а психічний стан можна охарактеризувати, як межовий. Особи цієї групи мають низьку нервово-психічну стійкість, конфліктні, можуть допускати асоціальні вчинки. Вимагають спостереження психолога й лікаря (невропатолога, психіатра)                                                                                                         | -                      |

маних балів, а також число правильних рішень у кожній з п'яти серій. Первинні оцінки по таблицям переводилися у відповідності з віковими нормами в шкалу стенів. Отриманий загальний показник розглядався як індекс інтелектуальної сили, розумової активності досліджуемого. Отриманий сумарний показник за спеціальною таблицею переводиться у відсотки.

Результати досліджень респондентів (кандидатів на навчання по програмі підготовки офіцерів запасу на кафедрі медицини катастроф та військової медицини) надані в таблиці 3. Загальна кількість респондентів – 55 студентів. Відповідно до суми отриманих балів рівень розвитку інтелекту випробуваного визначався на підставі відсоткової шкали ступеня розвитку інтелекту (таблиця 3).

Результати дослідження надали можливість виявляти у студентів психологічні властивості та професійні здібності яких відповідають вимогам конкретних спеціальностей, тобто – це система вибору найпридатніших для навчання за обраною спеціальністю.

## Висновки

Професійна підготовка офіцера медичної служби запасу – це складний і багатоплановий процес, який багато в чому визначає якість медичного забезпечення військ у мирний і воєнний час, підвищення ефективності якого – одна з найбільш актуальних проблем військово-медичної освіти. Одними з елементів для вирішення цього завдання є якісне проведення професійного психологічного відбору кандидатів для вступу на військові кафедри та високий рівень професійної компетентності офіцера-викладача. Це стане запорукою подальшого розвитку студента як майбутнього військового фахівця, готового до виконання завдань у реальних бойових умовах служби в армії, формування моральної і психологічної готовності до захисту Батьківщини, вміння підтримувати військову дисципліну, навчати і виховувати підлеглих.

**Конфлікт інтересів.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

**Таблиця 2. Рівень розвитку якостей кандидатів на навчання на кафедрі медицини катастроф та військової медицини за основними шкалами методики "Адаптивність"**

| Шкали | Рівень розвитку якостей                                                                                                                                     |                        |                                                                                                                                   |                        |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|       | Нижче середнього (1-3 стена)                                                                                                                                | Кількість респондентів | Вище за середнє (7-10 стенів)                                                                                                     | Кількість респондентів |
| 1     | 2                                                                                                                                                           |                        | 3                                                                                                                                 | 4                      |
| НПС   | Низький рівень поведінкової регуляції, певна схильність до нервово-психічних зривів, відсутність адекватності самооцінки й реально-го сприйняття дійсності. | 5                      | Високий рівень нервово-психічної стійкості й поведінкової регуляції, висока адекватна самооцінка й реальне сприйняття дійсності.  | 50                     |
| КЗ    | Низький рівень розвитку комунікативних здібностей, труднощі в побудові контактів з навколишніми, прояв агресивності, підвищена конфліктність.               | 3                      | Високий рівень розвитку комунікативних здібностей, легко встановлює контакти з товаришами по службі, що оточують, не конфліктний. | 52                     |
| МН    | Не може адекватно оцінити своє місце й роль у колективі, не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки.                                          | 3                      | Реально оцінює свою роль у колективі, орієнтується на дотримання загальноприйнятих норм поведінки.                                | 52                     |

**Примітки:** НПС - нервово-психічна стійкість; КЗ - комунікативні здібності; МН - моральна нормативність.

**Таблиця 3. Відсоткова шкала ступеня розвитку інтелекту**

| Кількість вірно виконаних завдань | Відсоток | Ступінь інтелектуального рівня                          | Кількість респондентів |
|-----------------------------------|----------|---------------------------------------------------------|------------------------|
| 57                                | > 95%    | <b>1 ступінь</b><br>Особливо високо розвинутий інтелект | 7                      |
| 45 – 56                           | 75 – 94% | <b>2 ступінь</b><br>Інтелект вище середнього            | 21                     |
| 15 – 44                           | 25 – 74% | <b>3 ступінь</b><br>Середній інтелект                   | 22                     |
| 3 – 14                            | 5 – 24%  | <b>4 ступінь</b><br>Інтелект нижче середнього           | 5                      |
| 0 - 2                             | < 5%     | <b>5 ступінь</b><br>Інтелектуальний дефіцит             | -                      |

## Список літератури

1. Інструкція про організацію військової підготовки громадян України за програмою підготовки офіцерів запасу медичної служби, затвердженої наказом Міністерства оборони України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України від 29 червня 2016 року № 322/631/709.
2. Інструкція з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України, затверджена наказом Міністра оборони України від 10 грудня 2014 року № 883.
3. Інструкція з організації та проведення професійно-психологічного відбору кандидатів на навчання у вищих

військових навчальних закладах та військових навчальних підрозділах вищих навчальних закладів, затвердженої наказом Міністра оборони України від 09 липня 2009 року № 355, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 22 вересня 2009 року за № 893/16909.

4. Теорія і практика професійного психологічного відбору. М. Корольчук, Ніка-Центр, 2010.

Отримано / Received 19.09.2021

Рецензовано / Revised 29.09.2021

Прийнято до друку / Accepted 01.10.2021 ■

O. Yu. Sorokina, O. P. Berezniuk, O. L. Karlovych, V. A. Hanzha  
Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

## SOME ASPECTS OF PROFESSIONAL PSYCHOLOGICAL SELECTION

**Abstract. Background.** Training of officers of the reserve medical service is one of the priority tasks facing the higher military educational institutions and departments of higher medical educational institutions of Ukraine. The relevance of the research is due to the social order of a society for the training of doctors who can professionally provide a medical assistance in combat and extreme situations and increase the efficiency of professional and psychological selection of candidates for training at military departments. Purpose: to research and analyze the problems of increasing the effectiveness of professional psychological selection of candidates for training at the Department of Disaster and Military Medicine under the program for training reserve medical service officers. **Materials and methods.** Normative legal documents of Ukraine, the results of sociological research and methods for assessing the military-motivational orientation of the individual, the level of neuropsychic stability, professional suitability for successful training in the military educational unit of a higher educational institution. **Results.** The authors analyzed the results of their own research, namely the level of adaptive abilities of candidates for training at the Department of

Disaster and Military Medicine, the quality level of candidates for training and the percentage scale of the degree of intelligence development. **Conclusions.** The professional training of a reserve medical officer is a complex and multifaceted process that largely determines the quality of medical support for troops in peacetime and wartime, increasing the efficiency of which is one of the most pressing problems of military medical education. One of the elements for solving this problem is a high-quality professional psychological selection of candidates for admission to military departments and a high level of professional competence of the officer-teacher. This will guarantee the further development of the student as a future military specialist, ready to perform tasks in real combat conditions of service in the army, the formation of moral and psychological readiness to defend the country, the ability to maintain military discipline, train and educate subordinates.

**Keywords:** professional psychological selection; Armed Forces of Ukraine; the quality of training for reserve officers; socio-psychological research; factors influencing the training of reserve medical service officers

УДК 614.2+616-058+616.891.7

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.5.2021.275>

Стеблюк В. В.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

## ПРОБЛЕМИ МЕДИЧНОГО ЗБЕЗПЕЧЕННЯ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ АТО/ООС

**Резюме. Актуальність.** В Україні з 2014 року триває війна на сході держави. Збройний конфлікт з терористичними організаціями, так званими Л/ДНР, є лише компонентом гібридної війни, що веде Російська Федерація проти українського народу. Активні кінетичні операції 2014-2015 років змінилися на статичну, окопну війну, проте щотижня серед захисників України є загиблі та поранені. Ця війна породила особливу соціальну групу – нових ветеранів, у віці від 17-18 до 70 років, які посіли особливе місце в сучасному українському суспільстві. **Мета роботи:** оцінка стану здоров'я ветеранів та проблеми організації медичного супроводу та медико-психологічної реабілітації стали метою дослідження, яке було проведено фахівцями Громадської організації "Українська асоціація військової медицини" у 2020-2021 роках. Аналіз стану здоров'я учасників бойвих дій російсько-української війни показав основні тенденції щодо поточного стану ситуації з медичною допомогою та медико-психологічною реабілітацією ветеранів АТО/ООС. **Матеріали та методи.** При проведенні дослідження було опрацьовано інформацію щодо стану здоров'я ветеранів, отриманих за запитом до департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, аналізу 1000 свідчень про хворобу з Центральної військово-лікарської комісії, матеріалів "Попереднього звіту Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з питань правового статусу ветеранів війни" (1), матеріалів науково-дослідної роботи ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України" і клініки психіатрії та наркології Національного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" (2), а також анкетування 1050 ветеранів з 24 областей України та м. Києва. **Результати.** Вивчено стан здоров'я ветеранів та організація медичного забезпечення. У структурі захворюваності ветеранів 44% складають захворювання серцево-судинної системи, 15% – нервові хвороби, патологія опорно-рухового апарату – 12%, шлунково-кишкового тракту – 8%, розлади психіки та поведінки – 6%. Досліджено організацію первинної ланки медичного забезпечення ветеранів війни. На 2020 рік для отримання первинної медичної допомоги лише 45,4% від кількості ветеранів, які перебувають на обліку в закладах охорони здоров'я, підписали декларації з лікарями первинної ланки. Це ускладнює контроль за станом здоров'я ветеранів та ускладнює доступ до вторинної та третинної медичної допомоги. Вивчені та проаналізовані організаційні та матеріально-технічні спроможності щодо надання вторинної та третинної медичної допомоги, у тому числі медико-психологічної допомоги ветеранам в регіонах; матеріальне та кадрове забезпечення ветеранських госпіталів. Намічені шляхи вирішення проблеми медичного забезпечення та реабілітації ветеранів. На основі аналізу отриманих даних пропонується план заходів та концепція покрокової стратегії розвитку системи медичного забезпечення та медико-психологічної реабілітації, яка має враховувати як кроки до поліпшення існуючої системи заходів, так і нові перспективні напрямки діяльності. Запропонована система заходів має за мету, з одного боку розбудову системи надання ефективної медико-психологічної допомоги ветеранам війни всіх категорій, а з іншого – спростити доступ до зазначених послуг їх «споживачам». При цьому мають бути задіяні ресурси як державного, так і приватного з громадським секторів. **Висновки.** Система медичного та медико-психологічного забезпечення ветеранів потребує використання інтелектуального потенціалу та професіонального підходу фахівців у сфері громадського здоров'я, спеціалістів з медичної реабілітації та ментального здоров'я. Фінансування ветеранських програм має бути гарантовано Державою на належному рівні, оскільки саме ветерани складають дієвий резерв захисників Вітчизни.

**Ключові слова:** російсько-українська війна; ветерани; посттравматичний стресовий розлад; медико-психологічна реабілітація

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2021

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2021

Для кореспонденції: Стеблюк Всеволод Володимирович, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, бульвар Тараса Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна; e-mail: doctorsteb@ukr.net

For correspondence: Vsevolod Steblyuk, Bogomolets National Medical University, 13, T. Shevchenko blvd, Kyiv, 01601, Ukraine; e-mail: doctorsteb@ukr.net

## Вступ

В Україні з 2014 року триває війна на сході держави. Збройний конфлікт з терористичними організаціями, так званими Л/ДНР, є лише компонентом гібридної війни, що веде Російська Федерація проти українського народу. Активні кінетичні операції 2014-2015 років змінилися на статичну, окопну війну, проте щотижня серед захисників України є загиблі та поранені.

Ця війна породила особливу соціальну групу – нових ветеранів, у віці від 17-18 до 70 років, які посіли особливе місце в сучасному українському суспільстві.

Остання офіційна інформація про кількість учасників АТО/ООС від Міністерства у справах ветеранів була опублікована в лютому 2021 року: «Станом на 01.02.2021 року до Реєстру (Єдиний реєстр учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення – ред.) внесена інформація про 405 711 учасників бойових дій (серед них жінок – 19 402).

**Мета роботи.** Оцінка стану здоров'я ветеранів та проблеми організації медичного супроводу та медико-психологічної реабілітації стали метою дослідження, яке було проведено фахівцями Громадської організації “Українська асоціація військової медицини” у 2020-2021 роках.

## Матеріали та методи

При проведенні дослідження було опрацьовано інформацію щодо стану здоров'я ветеранів, отриманих за запитом до департаментів охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, аналізу 1000 свідоцтв про хворобу з Центральної військово-лікарської комісії, матеріалів “Попереднього звіту Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради України з питань правового статусу ветеранів війни” [1], матеріалів науково-дослідної роботи ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України” і клініки психіатрії та наркології Національного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ” [2], а також анкетування 1050 ветеранів з 24 областей України та м. Києва.

## Результати та обговорення

Стан здоров'я ветеранів та організація медичного забезпечення.

У структурі захворюваності ветеранів 44% складають захворювання серцево-судинної системи, 15% – нервові хвороби, патологія опорно-рухового апарату – 12%, шлунково-кишкового тракту – 8%, розлади психіки та поведінки – 6%.

Більшість ветеранів мають поєднання двох і більше хвороб чи патологій систем, що потребує мультидисциплінарного підходу. Переважна більшість ветеранів мають поєднання від трьох до шести діагнозів. У кожному Свідоцтві про хворобу звільнених з військової служби за станом здоров'я учасників бойових дій є поєднання соматичної та ментальної патології.

Стан ментального здоров'я ветеранів характеризується широким спектром хвороб, серед яких на пер-

шому місці – психоорганічні синдроми (як наслідок перенесених контузій, порушення мозкового кровообігу, енцефалопатії) – 27,3%, на другому – розлади невротичного спектру (23,5%), на третьому – розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (25,6%). Посттравматичний стресовий розлад виявляється у 13,4% ветеранів.

Організація первинної ланки медичного забезпечення ветеранів війни.

На 2020 рік для отримання первинної медичної допомоги лише 45,4% від кількості ветеранів, які перебувають на обліку в закладах охорони здоров'я, підписали декларації з лікарями первинної ланки. Це ускладнює контроль за станом здоров'я ветеранів та ускладнює доступ до вторинної та третинної медичної допомоги.

Особами з інвалідністю, пов'язаною з участю у бойових діях, є 31,8% від загальної кількості ветеранів-учасників АТО/ООС, які перебувають на обліку.

Близько третини (31,1%) ветеранів у кожній області перебувають на медичному спостереженні (серцево-судинні, неврологічні, психічні онкологічні захворювання). Медична допомога надається у відповідності до пакетів медичних послуг, за якими укладено угоди між Національною службою здоров'я України та лікувальними закладами.

Таким чином, основною проблемою в цьому напрямку є недостатнє охоплення медичним наглядом ветеранів, відсутність обов'язкового регулярного медичного огляду. Має місце специфіка поєднаної патології у ветеранів. Водночас окремих пакетів медичної допомоги (у тому числі обов'язкового медичного огляду) на сьогодні для ветеранів не існує.

Вирішенням цієї групи проблем має стати проведення інформаційної кампанії серед ветеранів, членів родин про необхідність укладання декларацій з сімейними лікарями, що частково було вирішено “завдяки” пандемії коронавірусної інфекції, що викликало необхідність вакцинації та оформлення відповідних сертифікатів; внесення в порядки отримання послуг з санаторно-курортного лікування та психологічної реабілітації норми про обов'язковий профілактичний огляд із залученням фахівців ментального здоров'я. Метою такого огляду має стати забезпечення:

контролю за змінами у стані здоров'я ветеранів війни, у порівнянні з попереднім періодом;

контролю за повнотою та якістю попереднього динамічного спостереження;

виявлення наявної патології;

відбору хворих для проведення планового лікування та реабілітації;

надання рекомендацій хворим щодо проведення необхідних оздоровчих заходів.

Проведення вищезазначених заходів спрямоване на: удосконалення виконання регіональних програм медико-соціального забезпечення ветеранів війни;

раціонального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів ЗОЗ;

забезпечення послідовності та взаємозв'язку окремих ланок лікувально-профілактичної допомоги, а

також співпраці медичних, соціальних та громадських структур;

покращання планування розрахунків навантаження ЗОЗ з надання медико-соціальної допомоги ветеранам війни;

створення сучасної інформаційно-аналітичної бази медико-соціального забезпечення контингенту.

Організаційні та матеріально-технічні спроможності щодо надання вторинної та третинної медичної допомоги, у тому числі медико-психологічної допомоги, ветеранам у регіонах. Матеріальне та кадрове забезпечення ветеранських госпіталів.

Спеціалізовану медичну допомогу ветерани можуть отримувати в госпіталах ветеранів війни. Сьогодні функціонує 30 госпіталів ветеранів війни на 6517 ліжок.

З державного бюджету фінансуються Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, Державний заклад "Госпіталь ветеранів війни "Лісова поляна" Міністерства охорони здоров'я України" та 50 ліжок Республіканського центру лікування і реабілітації наслідків нейротравми, розташованого на базі відділень комунального закладу "Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни" Рівненської обласної ради". Інші госпіталі є комунальними неприбутковими підприємствами обласних рад та фінансуються через Національну службу здоров'я України. На 2021 рік договори з Національною службою здоров'я України уклали 25 госпіталів ветеранів війни на загальну суму 722,7 млн грн. [3].

Для реабілітації бійців АТО були обрані саме шпиталі ветеранів війни з таких міркувань: по-перше, наявність матеріально-технічної бази, що відповідає вимогам, які поставило перед нами життя, по-друге, територіальне розміщення. 27 січня 2016 року було прийнято Постанову Кабінету міністрів № 34 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в установах охорони здоров'я для ветеранів війни», яким передбачено збільшення грошових норм на харчування з 35 грн. до 55 грн. на одного хворого в день, на придбання медикаментів та перев'язувальних засобів – з 40 грн. до 65 грн. Втім на сьогодні це не виконується через перехід на фінансування через Національну службу здоров'я України.

Слід звернути увагу ще на одну проблему: ветерани не схильні до активного самозвернення за психіатричною допомогою до державних та комунальних закладів психіатричної допомоги, тому ця проблема є прихованою, у більшості – латентною, і проявляється тоді, коли досягає рівня кризи в окремих осіб [5]. Як зазначалося вище, розлади психіки та поведінки складають 6% у структурі захворюваності ветеранів. Водночас, частота складає 13–18 % серед усіх учасників бойових дій. При цьому, тільки один з госпіталів – у Закарпатській області – підписаний на пакет НСЗУ «Психіатрична допомога». Ще однією установою, що надає весь спектр психіатричної та наркологічної допомоги, є Комунальне некомерційне підприємство Луганської обласної ради "Центр психічного здоров'я", де є відділення психіатричної та психологічної допомоги ветеранам війни.

## Шляхи вирішення проблеми медичного забезпечення та реабілітації ветеранів

Пропонується наступний перелік організаційних заходів:

Розробка умов та специфікації додаткових пакетів медичних послуг.

Підтримка матеріально-технічної бази госпіталів ветеранів та підготовка персоналу для отримання договорів по психіатричній допомозі для роботи з розладами психіки та поведінки.

Створення на базі обласних лікарень центрів психічного здоров'я ветеранів. На базі госпіталю ветеранів «Лісова поляна» створення навчально-методичного та науково-практичного центру ментального здоров'я ветеранів.

Перспективним є обов'язкове медичне страхування ветеранів АТО/ССО з використанням бюджетних коштів, яке може бути вирішено в контексті загально-національної програми медичного соціального страхування. За відсутності в Україні узгоджених нормотворчих позицій по медичному страхуванню, підіймати питання спеціального страхування ветеранів не є доцільним. Більш правильним є, на наш погляд, розробка програм медичних послуг до пакету державних медичних гарантій, який буде враховувати особливості стану здоров'я ветеранів.

Іншим варіантом соціальної допомоги ветеранам, пов'язаною зі станом здоров'я, є компенсацій вартості лікування, яке не входить у гарантований пакет послуг (маніпуляцій та медикаментів). За відсутності у Національній служби здоров'я чітко визначеного механізму розрахунків гарантованої вартості конкретної послуги – лікування за видами патології (окрім інсульту, інфаркту міокарду, допомоги при пологах, онкологічних (гематологічних) захворювань, туберкульозу), неможливо визначити обсяг фінансування комплексу лікувальних заходів при стаціонарному лікуванні (хірургічні втручання чи без них), реабілітації чи амбулаторному лікуванні. Як вихід з такої ситуації можливо рекомендувати внесення змін до Законів України щодо соціальних гарантій ветеранам війни та особам, на яких розповсюджуються пільги (на сьогодні є 4 законопроекти). Цими змінами гарантувати компенсацію різниці вартості за лікування у встановленому порядку: призначення лікаря, рецепти, чеки за придбані медикаменти або послуги. Інший варіант – розробка особливих «ветеранських» пакетів медичних послуг: лікування наслідків мінно-вибухової травми та медико-психологічна реабілітації, але ці варіанти не знайшли підтримки в НСЗУ.

Окрім державних програм існує цілий ряд грантових проектів та громадських ініціатив (понад 120 організацій) по всіх областях України, інформація про які доступна на сайті «Без броні» [6]. Головним чином – це проектна діяльність або залишки волонтерських ініціатив. Діяльність їх носить несистемний характер, оскільки в кожній організації самостійно розробляють плани, стандарти допомоги. Рівень підготовки фахівців у грантових проектах не завжди відповідає заявленим вимогам. Серед цих організацій – «Ветеранські простори» в м. Одеса, м. Житомир, м. Київ, м. Миколаїв. Вони створені за сприяння Міністерства у справах ветеранів за

кошти міжнародних неурядових організацій. В м. Рівне створено комунальне підприємство «Дім ветерана».

Однак, для недержавного сектору є спільна проблема: відсутність єдиних професійних стандартів до діяльності в галузі медико-психологічної реабілітації. Неефективність використання грантового фінансування, корупційні ризики викликає відсутність єдиної бази грантових проектів та інформації про їх реалізацію. А приватні ініціативи стримує відсутність державної підтримки меценатської діяльності, спрямованої на підтримку благодійності в сфері допомоги ветеранам.

## Висновки

Система медичного та медико-психологічного забезпечення ветеранів потребує використання інтелектуального потенціалу та професіонального підходу фахівців у сфері громадського здоров'я, спеціалістів з медичної реабілітації та ментального здоров'я. Фінансування ветеранських програм має бути гарантовано Державою на належному рівні, оскільки саме ветерани складають дієвий резерв захисників Вітчизни.

**Конфлікт інтересів.** Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

## Список літератури

1. *Постанова Верховної Ради України Про попередній звіт Тимчасової спеціальної комісії Верховної Ради Укра-*

*їни з питань правового статусу ветеранів війни за шість місяців діяльності* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/659-IX#Text>.

2. *Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія та практика. За заг.ред. В.І. Цимбалюка. - К., "Медицина", 2021. - 255 с.*

3. *Медична допомога у госпіталах ветеранів війни: які послуги можна отримати за Програмою медгарантії* <https://www.kmu.gov.ua/news/medichna-dopomoga-u-gospitalyah-veteraniv-vijni-yaki-poslugi-mozhna-otrimati-za-programoyu-medgarantij>.

4. *Постанова Кабінету Міністрів України від 27 січня 2016 року № 34 «Про збільшення норм грошових витрат на харчування та медикаменти в установах охорони здоров'я для ветеранів війни»* <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2016-%D0%BF#Text>.

5. *Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту/В. С. Гічун, А. Г. Кириченко, В. М. Корнацький, С.П. Найда, В.І. Осьодло, Г.В. Мясников, А.В. Швець.- Дніпро : Акцент ПП, 2019, 328 с.*

6. *Без броні: єдина інформаційна база для ветеранів.* <https://bezbroni.net>.

Отримано / Received 17.09.2021

Рецензовано / Revised 02.10.2021

Прийнято до друку / Accepted 07.10.2021 ■

V. V. Steblyuk

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

## PROBLEMS OF MEDICAL SUPPORT AND MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF ATO/JFO VETERANS

**Abstract. Background.** The war in the east of Ukraine has been going on since 2014. The armed conflict with terrorist organizations, the so-called L/DNR, is only a component of the hybrid war waged by the Russian Federation against the Ukrainian people. The active kinetic operations of 2014–2015 changed to a static, trench warfare, but every week among the defenders of Ukraine there are dead and wounded. This war gave rise to a special social group — new veterans, aged 17–18 to 70, who took a special place in modern Ukrainian society. The purpose: an assessment of the veterans' health state and the problems of organizing medical support and medical and psychological rehabilitation were the aim of the study, which was conducted by specialists of the NGO "Ukrainian Association of Military Medicine" in 2020–2021. The analysis of the Russian-Ukrainian war participants' health state showed the main trends in the current state of the situation with medical care and medical and psychological rehabilitation of ATO/JFO veterans. **Materials and methods.** The study processed information on the veterans' health state received on our request from the Health Departments of Regional State Administrations, analysis of 1000 disease certificates from the Central Military Medical Commission, materials of the "Preliminary Report of the Temporary Special Commission of the Verkhovna Rada of Ukraine legal status of war veterans" [1], research materials of the Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine and the Psychiatry and Addiction Clinic of the National Military Medical Clinical Center "GVKG" [2], as well as a survey of 1,050 veterans out of 24 regions of Ukraine and the Kyiv city. **Results.** The veterans' health state and the organization of medical care were studied. In the structure of the incidence of veterans, 44% are diseases of the cardiovascular system, 15% — nervous diseases, pathology of

the musculoskeletal system — 12%, gastrointestinal system — 8%, mental and behavioral disorders — 6%. The organization of the primary medical care for war veterans has been studied. By 2020, only 45.4% of the veterans registered with health care facilities had signed a declaration with primary care physicians to receive primary care. This makes it difficult to control the health of veterans and to access of veterans to secondary and tertiary care. The organizational and logistical capabilities for the provision of secondary and tertiary medical care, including medical and psychological care to veterans in the regions, were studied and analyzed. Material and staffing providing of veterans' hospitals. The ways to solve the problem of medical care and rehabilitation of veterans are outlined. Based on the analysis of the obtained data, an action plan and a concept of a step-by-step strategy for the development of the health care system and medical and psychological rehabilitation are proposed, which should take into account steps to improve the existing system of measures and new promising areas. The proposed measures system aims, on the one hand, to develop a system of effective medical and psychological care for war veterans of all categories, and on the other hand — to simplify access to these services to their "consumers". This should involve resources from both the public and private sectors. **Conclusions.** The system of health care and medical and psychological support of veterans requires the use of intellectual potential and professional approach of specialists in the field of public health, specialists in medical rehabilitation and mental health. Funding for veterans' programs must be guaranteed by the State at the appropriate level, as veterans are an effective reserve of defenders of the Fatherland.

**Keywords:** Russian-Ukrainian war; veterans; post-traumatic stress disorder; medical and psychological rehabilitation

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.5.2021.277>

## Шановні читачі!

Виникнення та ствердження України як молодшої незалежної держави пов'язане, насамперед, із забезпеченням її власної національної безпеки. Це потребує розробки і реалізації відповідної державної політики у сфері безпеки, особливо в тій її частині, яка забезпечує захищеність суспільства і держави від воєнних загроз.

Важливим гарантом воєнної безпеки України є її збройні сили. Реформування Збройних сил України відповідно до завдань щодо захисту не тільки суверенітету країни, а й підтримки міжнародного миру, становлять основний напрям української політики у сфері воєнної безпеки.

Україні, яка обрала стратегічний курс в НАТО і характеризується без'ядерністю, прагненням бути провідною державою-учасницею ефективних міжнародних систем безпеки в Європі й світі, необхідно нарощувати співробітництво із сусідами і країнами Заходу, які можуть і бажають допомогти у формуванні й утвердженні її як незалежної і демократичної країни, але в той же час мати сили для захисту свого суверенітету. Співробітництво з НАТО у військовій сфері розглядається як важливий елемент партнерства України з цією організацією в цілому. Проведення реформи та військове співробітництво сприяють реалізації стратегічної мети України щодо євроатлантичної інтеграції через поступове прийняття стандартів і процедур НАТО, а також підвищення взаємосумісності між

Збройними силами України та НАТО, зокрема через імплементацію цілей партнерства та реагування на кризи під проводом НАТО.

12 червня 2020 р. новий потужний імпульс отримав процес євроатлантичної інтеграції України – Північноатлантична рада НАТО схвалила рішення щодо надання нашій державі статусу держави-партнера НАТО з розширеними можливостями (Enhanced Opportunity Partner, EOP). Україна стала членом своєрідного клубу, учасниками якого вже є Австралія, Грузія, Швеція, Фінляндія та Йорданія. Надання Україні статусу EOP є визнанням значного внеску нашої держави у зусилля Альянсу з підтримання міжнародного миру та безпеки, активної участі представників України у його програмах та ініціативах, а також важливості нашої держави для НАТО як прогнозованого партнера. Євроатлантичний вибір є найкращим способом реалізації національних інтересів України, оскільки відкриває нові перспективи співробітництва з розвинутими державами світу, надає можливості безпекового й економічного розвитку, зміцнює позиції країни у системі міжнародних відносин.

Тенденції розвитку Збройних сил України потребують комплексних, міждисциплінарних науково-аналітичних досліджень, визначення критеріїв щодо підвищення якісних параметрів, що визначатимуть нове обличчя армії і флоту та зумовлять необхідність чіткого і детального з'ясування формально-змістовних

параметрів розвитку армії як послідовних, системно пов'язаних дій, реалізація яких уможливила б перехід до сучасної професійної армії.

Забезпечення якісною медичною допомогою військовослужбовців у Збройних силах України та інших структурах сектора безпеки держави в контексті євроатлантичної інтеграції є пріоритетним напрямом стратегічного планування політики охорони здоров'я, якою передбачається поліпшення функціонування медичної галузі на основі підвищення якості медичної допомоги, створення системи, її забезпечення і контролю.

Проблема організації, управління й ефективного функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців існує не тільки в Україні, а й в інших країнах незалежно від їхньої політичної та ідеологічної орієнтації, типу системи охорони здоров'я тощо. Вирішення питання залежить від пріоритетних соціально-економічних цінностей суспільства, додержання принципів доступності та рівноправності в наданні медичної допомоги. Здоров'я нації та зусилля по його підтримці в загальносуспільному гуманістичному розумінні є неминущою цінністю.

Медична служба Збройних сил України на перших етапах свого становлення успадкувала принципи радянської військово-медичної доктрини, що потребують істотного коректування з урахуванням сучасних вимог. У даний час стоїть завдання докорінного реформування військової охорони здоров'я, метою якого є створення системи, яка б відповідала новим соціально-економічним умовам і сучасним завданням навчально-бойової підготовки військ. Реформа торкається управління, планування, фінансування, кадрової політики, оцінки кваліфікації, соціального захисту військових лікарів і хворих, матеріально-побутового і соціально-психологічного забезпечення. Вона передбачає перехід від відомчої до територіальної організації медичного забезпечення на рівні військових гарнізонів і визначених зон територіальної відповідальності, інтеграцію військово-медичної служби із загальнодержавною системою охорони здоров'я, створення економічного механізму підвищення якості медичної допомоги.

У зв'язку з цим, підвищився інтерес до досвіду військово-медичних служб зарубіжних армій і, насамперед, до медичного забезпечення збройних сил НАТО. При здійсненні контактів з військово-медичними службами зарубіжних країн важливого значення набуває не механічне копіювання, а аналіз, узагальнення і критична оцінка їхнього досвіду. Його використання має бути зваженим, вибіркоким, враховувати специфіку вітчизняних збройних сил та медичного їх забезпечення, а також реальні економічні можливості держави.

Для забезпечення подальшого поступального розвитку, підвищення ефективності функціонування, особливо в умовах ринкової економіки, Збройні сили України та інші структури сектора безпеки держави постійно потребують реорганізаційних змін під час вибору шляхів подальшого вдосконалення та розвитку, урахування позитивного досвіду діючих систем організації та фінансування медичних служб збройних сил у різних країнах.

Охорона та зміцнення здоров'я людей є складовою частиною державотворення, соціальної політики, системи національної безпеки, найважливішою функцією держави. Проблеми збереження і зміцнення здоров'я населення країни, в т.ч. і військовослужбовців настільки вагомі й актуальні, що становлять найважливішу функцію держави.

Інформація, яка представлена в спеціальному випуску журналу «Здоров'я суспільства» присвячена актуальним питанням удосконалення системи медичного забезпечення Збройних сил України та інших структур сектора безпеки держави.

Європейський вибір України зумовлює необхідність ретельного дослідження основних принципів охорони здоров'я в зарубіжних країнах і зокрема в країнах Європейського союзу.

*З повагою,  
Головний редактор журналу  
академік НАН ВО України,  
професор Олег ШЕКЕРА ■*

Шекера О. Г.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup> Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

## ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНІ СЛУЖБИ ЗАРУБІЖНИХ АРМІЙ ТА ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

Багато урядів проводять аналіз стану своїх збройних сил (ЗС), і як наслідок військово-медичних служб, а також прийнятності сучасних підходів до фінансування, організації і надання медичної допомоги військовослужбовцям у своїх країнах.

Слід зазначити, що, не зважаючи на наявність лише декількох теоретичних моделей організації систем медичного забезпечення збройних сил, спостерігається велика різноманітність цілей, методів і механізмів, що приймаються в різних військово-медичних службах для забезпечення їх ефективного функціонування.

На реформування військово-медичних служб збройних сил у кожній конкретній країні впливає широкий діапазон різних чинників, включаючи макроекономічні умови, соціально-політичне середовище і суспільні цінності, поєднання економічних, соціальних, демографічних, управлінських, технологічних та ідеологічних умов. Безпосередній вплив на процес проведення реформ надає структура збройних сил. Частіше за все, ключовими чинниками, що визначають зміни, є всі чинники, причетні до охорони здоров'я.

### Військово-медична служба США

Медичну службу ЗС США очолює помічник міністра оборони з питань охорони здоров'я (ПМООЗ) — Assistant Secretary of Defense (Health Affairs) через своє управління.

Юридично в його обов'язки входить планування, консультації, загальне керівництво медичною готовністю і медичним забезпеченням усіх збройних сил. Але фактично управління помічника міністра оборони з питань охорони здоров'я є лише органом координації і загального планування діяльності медичних управлінь видів збройних сил, що мають самостійні бюджети і високий ступінь автономії.

ПМООЗ є головою медичної ради Департаменту оборони. До Ради входять начальники медичних служб видів ЗС (за термінологією США — головні хірурги видів ЗС), медичний директор адміністрації у справах ветеранів, президент військово-медичного університету об'єднаних видів ЗС, помічники міністрів сухопутних військ, ВМС і ВПС по особовому складу, представник голови комітету об'єднаних штабів. Рада є вищим дорадчим і координуючим органом військово-медичної служби. Управлінню ПМООЗ юридично підпорядковані такі позавідомчі установи і служби: Інститут патології ЗС, Епідеміологічне бюро, Центр медичних інформаційних систем, Управління з питань розподілу поранених і хворих, Агентство по забезпеченню кров'ю, Військово-медичний університет об'єднаних видів ЗС.

**Медична служба сухопутних військ (СВ)** очолюється начальником, який одночасно є головним хірургом СВ США й очолює медичне командування. Начальник медичної служби СВ призначається президентом США і затверджується Конгресом. Управління медичної служби у своїй структурі має центр і школу медичного командування, шість регіональних медичних командувань, командування з науково-дослідних робіт (НДР) і технологій, центр здоров'я і превентивної медицини, стоматологічне і ветеринарне командування.

**Медичні командування.** Центральне медичне командування включає всі лікувальні установи Управління, за винятком польових госпіталів. Основними завданнями центрального медичного командування СВ США є:

- планування медичного забезпечення військ;
- керівництво діяльністю усіх підрозділів медичної служби;
- організація медичного контролю за збереженням і зміцненням здоров'я особового складу, попередження захворювань та їх лікування;

створення запасів медичного майна, організація його доставки військам і закладам, розробка пропозицій з питань удосконалення медичного постачання;

визначення потреби в медичних спеціалістах та загальне керівництво їхньою підготовкою;

ведення облікових і звітних документів відносно діяльності медичної служби;

організація медичного забезпечення військ на театрі воєнних дій;

здійснення маневру силами та засобами (ресурсами) медичної служби.

Поряд із центральним існує 6 регіональних медичних командувань:

Південно-Східне — Медичний центр Ейзенхауера (Форт Гордон, штат Джорджія); Західне — Медичний центр Медіген (Форт Льюїс, штат Вашингтон); Тихоокеанське — Медичний центр Тріплер (Гонолуло, штат Гаваї); Північноатлантичне — Медичний центр імені Уолтера Ріда (Округ Колумбія, м. Вашингтон) і Медичний центр Вумек (Форт Браг, штат Північна Кароліна); "Великих рівнин" — Медичний центр Брука (Форт Сем Х'юстон, штат Техас) і Медичний центр Б'юмонт (Форт Бліс, штат Техас); Європейське — Медичний центр Лендстул (м. Гейдельберг, Німеччина).

Штаб-квартири регіональних командувань розташовуються в одному з медичних центрів СВ, а начальники цих центрів, відповідно до організаційно-штатної структури, є одночасно і начальниками регіональних медичних командувань. Але оскільки медичних центрів більше, чим командувань, деякі з них включають по два центри. Крім медичних центрів до складу регіональних командувань входять також територіальні військові госпіталі, поліклініки (центри здоров'я) і медичні пункти (амбулаторії).

Первинна медична допомога військовим надається в центрах здоров'я й амбулаторіях. Територіальні військові госпіталі (ТВГ) місткістю від 50 до 100 ліжок, надають повторну (кваліфіковану і просту спеціалізовану) стаціонарну допомогу. Звичайно ТВГ мають у своєму розпорядженні і амбулаторне відділення або філії лікарських прийомів у частинах і гарнізонах. Територіальні військово-медичні заклади, крім лікувальної допомоги, відповідають за впровадження програм здоров'я військовослужбовців, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у військових частинах (гарнізонах), стоматологічне і ветеринарне обслуговування, санітарну освіту, за надання медичної допомоги іншим підлеглим контингентам (пенсіонери, тощо).

**Медичні центри.** Особливе місце у військово-медичній службі займають медичні центри видів збройних сил. Існує 8 регіональних медичних центрів СВ, розташованих у різних регіонах країни, національний медичний центр ВМС у Бетесді і медичний центр ВПС. До функцій регіонального медичного центру СВ США належать:

спеціалізоване лікування поранених та хворих (5-й рівень лікувально-евакуаційного забезпечення під час війни);

військово-лікарська комісія;

консультативна допомога територіальним та польовим госпіталям і військовій ланці медичної служби (телемедицина);

підготовка військово-медичних спеціалістів;

науково-дослідна робота;

медична допомога ветеранам ЗС, членам сімей військовослужбовців і військових пенсіонерів.

Описується армійський медичний центр імені Уолтера Ріда у Вашингтоні, який входить до складу Північноатлантичного Регіонального медичного командування. Останнє обслуговує територію 21 штату від Майн до Північної Кароліни і Міннесоти, а також м. Вашингтон. Через це командування проходить майже 25 % усіх пацієнтів з складу СВ. Воно має два регіональні медичні центри (Уолтера Ріда і Вумек), а також 50 госпіталів і амбулаторій (медичних пунктів).

Медичний центр Уолтера Ріда складається з лікувального, науково-дослідного, навчального підрозділів, а також підрозділів обслуговування, відділу постачання, військово-медичного музею. Центр надає усі види спеціалізованої госпітальної (50 клінік) і амбулаторної допомоги військовослужбовцям дійсної служби, їхнім утриманням і пенсіонерам збройних сил. Госпіталь місткістю 1280 ліжок може приймати на лікування щороку до 22 тис. осіб по 45 профілях. Середньорічна зайнятість ліжка становить 108 діб.

У 1998 р. 16 тис. осіб лікувалися в стаціонарі і 750 тис. отримали амбулаторну допомогу (співвідношення 1:47). Цей показник відповідає середньому співвідношенню стаціонарних і амбулаторних хворих у ЗС США.

Поліклініка центру має 64 лікарські кабінети, що забезпечують до 1 млн. прийомів хворих на рік. Особи, які підлягають медичному обслуговуванню в лікувальних установах Міністерства оборони, мають стати на облік в Patient Registration Desk (реєстратура), після чого їм видається пластикова електронна картка з ідентифікаційним номером. Наступний візит до лікаря не потребує проходження через реєстратуру, достатньо лише зателефонувати і назвати свій ідентифікаційний номер, окреслити скарги і записатися до фахівця. Після первинного огляду лікарем хворому, у разі необхідності, проводять лабораторне обстеження з використанням автоматичних тест-систем, призначають повторні візити, встановлюють діагноз і виписують необхідні ліки.

Медичний центр імені Уолтера Ріда має навчальну базу, що складається з клінік, навчальних класів, аудиторій, наукової бібліотеки. Тут проходять підготовку військові лікарі-інтерни за ротатійною програмою, що охоплює 45 медичних спеціальностей. Окрім названого, центр має програми підготовки стоматологів, дієтологів, клінічних психологів і профпатологів, резидентуру та стипендіальні фонди по клінічній медицині, стоматології, фармакології, медичній адміністрації, санітарній освіті, службі крові, клінічній лабораторії, а також курси із сестринської справи.

Науково-дослідні інститути, що входять до складу медичного центру, проводять фундаментальні та прикладні дослідження з різноманітних розділів військової

медицини. Пріоритетними напрямками НДР є розробка нових ліків, імунопрепаратів, експресних методів діагностики, вивчення ризикованих факторів військової праці, створення засобів хімічного і біологічного захисту, психологічні аспекти взаємодії військових колективів, бойовий стрес, глобальний і регіональний епідеміологічний нагляд.

**Центр і школа медичного командування СВ** розташовані у форті Сем Х'юстон (Техас) із філіями у форті Рюкер (Алабама) і Аврора (Колорадо). При школі існує Академія охорони здоров'я, де в резидентурі навчається 31 тис. осіб за 140 програмами тривалістю від двох тижнів до двох років. Ще 20 тис. медичного персоналу щорічно проходять курси післядипломного вдосконалення. Головним є курс медичної допомоги при бойовій травмі для військових лікарів. Проходять також підготовку за методами надання первинної допомоги на полі бою військовослужбовці США та 75 іноземних армій.

Школа має філії в цивільних університетах, де здійснюється підготовка магістрів по медичній адміністрації, фізіотерапії, післянаркозному догляду, а також бакалаврів зі складу помічників лікарів. У філії, розташованій у форті Рюкер, розташована школа авіаційної медицини, що готує авіаційних лікарів, авіаційних санітарів і медичний персонал повітряної медичної евакуації.

У школі та центрі медичного командування проводяться наукові дослідження щодо удосконалення системи управління медичної служби, підбору і розстановки кадрів, розробки військово-медичної доктрини.

Медична служба СВ США не має власних навчальних закладів для додипломної підготовки військових лікарів. Вона здійснюється у військово-медичному університеті об'єднаних видів ЗС у Бетесді, а також у цивільних університетах за контрактом з департаментом оборони. Післядипломна підготовка, стажування і спеціалізація військових лікарів здійснюється у регіональних медичних центрах, великих військових госпіталях і профільних клініках цивільної системи охорони здоров'я.

**Центр здоров'я і превентивної медицини** бере початок від створеної десятки років назад лабораторії промислової гігієни СВ. У сучасному вигляді існує з 1994 р. Штаб-квартира і головні підрозділи центру розташовані в Aberdeen Proving Ground (штат Меріленд). Основні завдання центру полягають у розробці програм з охорони здоров'я військовослужбовців; наданні технічної допомоги при їхньому впровадженні; проведенні експертизи у наступних галузях: гігієна військової праці, охорона навколишнього середовища, зміцнення здоров'я та добробуту, епідеміологічний нагляд, профілактика захворювань, лабораторна справа, токсикологія, медична готовність, медична розвідка.

Центр має у своєму розпорядженні висококваліфікованих фахівців, сучасну лабораторну базу для проведення вимірів рівня радіації; дослідження проб води, ґрунту і повітря; збору, аналізу та обробки інформації щодо факторів медичного ризику. Він підключений до

глобальної системи оперативного цілодобового зв'язку, що сприяє швидкому одержанню відомостей і своєчасному реагуванню на несподівано виниклу несприятливу ситуацію. Одним з підрозділів центру є інститут охорони здоров'я і санітарної освіти з персоналом, що складається із 106 чоловік.

**Стоматологічне командування** розташовується у штаб-квартирі медичного командування у форті Сем Х'юстон (штат Техас). Здійснює загальне керівництво, планування і фінансування стоматологічної служби сухопутних військ США, дислокованих у країні та за її межами. Безпосереднє керівництво і контроль за діяльністю стоматологічних установ забезпечують 6 регіональних командувань, до складу яких входять 28 стоматологічних центрів, 24 поліклініки і 172 зуболікарських кабінета, які надають стоматологічну допомогу 450 тис. військовослужбовцям і 95 тис. членам їхніх сімей щорічно. Персонал стоматологічного командування складається з 875 офіцерів-стоматологів, 1299 осіб сержантського і рядового складу та 1615 цивільних фахівців. У військовий час вони використовуються для роботи в госпіталях переднього краю в якості хірургів.

**Ветеринарне командування** розташовується у форті Сем Х'юстон, де розташована і центральна ветеринарна лабораторія, здійснює стратегічне керівництво усіма ветеринарними установами і підрозділами СВ. Безпосереднє керівництво їхньою діяльністю покладено на 5 регіональних командувань, територія обслуговування яких збігається із зоною відповідальності медичних і стоматологічних командувань. Винятком є європейський регіон, у якому ветеринарна служба представлена тактичними підрозділами, що входять до складу 30-ї медичної бригади.

Основними завданнями ветеринарної служби є контроль якості і безпечності продуктів харчування, що поставляються 1800 фірмами; попередження зоонозних інфекцій і заходи щодо їхньої ліквідації, ветеринарний нагляд за службовими собаками, в'ючними та кавалерійськими кіньми.

**Медичне забезпечення Військово-морських сил США** у мирний час здійснюється під керівництвом бюро медицини та хірургії ВМС. Бюро очолює віце-адмірал медичної служби, який одночасно є головним хірургом ВМС. На всіх військових кораблях є медичні пункти, на авіаносцях — лазарети. Їхній медичний персонал та штатне оснащення визначаються характером військового судна, чисельністю команди та особливостями задачі, що виконується. Тут надається перша лікарська допомога, при необхідності виконуються невідкладні хірургічні втручання, короткострокова госпіталізація хворих та поранених. Остаточне лікування пацієнтів та спеціалізована медична допомога морякам, персоналу морської піхоти та їхнім сім'ям надається у лікувальних закладах медичного департаменту ВМС.

Бюро також відповідає за впровадження програми здоров'я та первинних превентивних заходів. Лікувальное-евакуаційне забезпечення спеціальних місій і опе-

рацій військово-морського флоту за межами США у мирний та воєнний час здійснюють госпітальні судна типу "Mercy" або "Comfort" ВМС США.

Найвищий рівень спеціалізованої медичної допомоги та всі види найскладнішого лікування надаються в Національному медичному центрі ВМС, який міститься в Бетезді (штат Меріленд). Цей унікальний медичний заклад має у своєму розпорядженні 50 амбулаторних кабінетів з лікарями-спеціалістами, які щороку приймають понад 500 тис. пацієнтів. Госпіталь також має 300 діючих ліжко-місць, але їхня кількість за необхідності може збільшуватись до 750. Щорічно клініки центру приймають на стаціонарне лікування біля 15 тис. пацієнтів, співвідношення амбулаторних та стаціонарних хворих складає 33:1. У центрі функціонує сучасна розгалужена діагностична служба, оснащена найдосконалішим медичним обладнанням, тест-системами, реактивами. У зв'язку з високою точністю та інформативністю методів діагностики, кількість амбулаторних та апаратних обстежень на одного хворого не перевищує шести (у госпіталях МО України 16-18), що дає змогу швидше надавати лікування та скоротити терміни перебування хворого у стаціонарі. Останніми роками вони становлять, у середньому, 4,5 дня (у лікувальних закладах МО України – понад 16). У медичному центрі ВМС широко застосовується практика лікування хворих у денних стаціонарах.

Крім основних контингентів, Центр надає медичну допомогу офіційним особам країни, включаючи Президента та Віце-президента США, членів Конгресу, Верховного суду та інших вищих осіб держави. За спеціальними погодженнями або договорами у Центрі можуть одержати лікування працівники іноземних державних дипломатичних та воєнних місій, акредитованих у США. Тут також здійснюється післядипломна підготовка резидентів, інженерів та стипендіатів.

У складі медичного центру знаходиться стоматологічне командування ВМС, яке складається з управління, стоматологічного центру, школи, п'яти філіалів, восьми кабінетів, двох сателітних прийомів, розміщених у різних містах. Така структура дає можливість надавати всі види спеціалізованої стоматологічної допомоги, здійснювати підготовку кадрів та їхнє удосконалення відповідно до сучасних вимог.

Структурною одиницею медичного управління ВМС є науково-дослідний інститут ВМС США, розташований у Бетезді. Основними напрямками його досліджень є бойова травма, інфекційні хвороби, професійне здоров'я персоналу ВМФ, авіаційна медицина та людський фактор. Здійснюються також дослідження по космічній медицині, медичних проблемах підводників та розробці нових методів лікування септичного і геморагічного шоків, трансплантацій органів та тканин.

**Організаційна структура медичної служби ВПС США** істотно не відрізняється від інших видів збройних сил. Вона очолюється начальником медичної служби (головним хірургом ВПС). У структурі служби є управління, медичний центр ВПС, госпіталі, науко-

во-дослідний інститут ВПС, стоматологічні заклади та учбові заклади.

Перша лікарська допомога у мирний час надається в медичних пунктах ескадрилей та військово-повітряних баз. Великі бази мають гарнізонні госпіталі та лазарети. Кваліфіковану та елементи спеціалізованої медичної допомоги надають територіальні військові госпіталі (ВГ), спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу – медичний центр ВПС.

Останніми роками проведена робота щодо створення єдиної системи медичного забезпечення Збройних Сил (TRICARE), з метою усунути відокремленість медичних служб видів ЗС. Проте, незважаючи на бездоганну аргументацію переваг нової системи, її впровадженню перешкоджають прагнення командування і начальників медичних служб СВ, ВМС і ВПС зберегти можливу автономію. Разом з тим, у невідкладних випадках мирного часу, а також на період війни передбачені їхні органічна інтеграція і взаємодія.

**Військово-медична доктрина США.** Військово-медична доктрина США є частиною концепції військово-медичної готовності. Вона визначається як "Фундаментальні принципи, за допомогою яких збройні сили або їх елементи керують своїми діями, направленими на вирішення медичних задач".

Містить принципові положення, необхідні для досягнення основного завдання військово-медичної служби – забезпечення медичної готовності військ для успішного виконання миротворчих, поліцейських, гуманітарних місій та воєнних операцій, що здійснюються, головним чином, за межами США (включаючи райони з несприятливими кліматичними і санітарно-епідеміологічними умовами, ворожим ставленням частини місцевого населення).

Військова медицина в США розглядається як специфічна галузь, що займається попередженням та лікуванням хвороб і травм, пов'язаних з виконанням військової служби й особливостями бойових дій.

У мирний час головним її завданням є підтримка необхідного рівня здоров'я і боєздатності особового складу ЗС шляхом впровадження програм здоров'я, проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, фізичних вправ, захисту від дії професійних шкідливостей, своєчасного надання медичної допомоги. У воєнний час головним завданням стає збереження життя максимальному числу поранених, зменшення інвалідності і повернення до лав якнайбільшого відсотка поранених і хворих.

Важливим завданням військової медицини в США є також надання медичної допомоги іншим визначеним категоріям (пенсіонерам і членам їхніх сімей, утриманням військовослужбовців, членам сімей військовослужбовців, загинув при виконанні воїнських обов'язків).

Американські лідери вважають свою систему охорони здоров'я однією з кращих у світі, а військово-медичну службу найдосконалішою серед ЗС НАТО. Проте, війна в Перській затоці, яка відома під кодовою назвою "Буря в пустелі", й інші наступні конфлікти, виявили багато

вразливих місць в організації медичного забезпечення військ США і змусили керівництво Пентагону засумніватися в надійності роботи системи військової охорони здоров'я в цілому. Зазначені запаси медичного майна і медикаментів у декілька разів перевищили дійсну потребу в них, що було пов'язано з неправильним прогнозуванням санітарних втрат. Згідно з розрахунками, експедиційний корпус США мав втратити не менше 60 тис. осіб убитими і 240 тис. пораненими. Фактично ці цифри становили 130 і 5 тис. осіб, відповідно. У той же час, неефективно спрацювала система медичного захисту особового складу від хімічної (захисні костюми) та біологічної (вакцинація) зброї, а також від шкідливого для здоров'я солдат впливу несприятливих факторів навколишнього середовища (отруєння токсичними продуктами в результаті підпалу нафтових свердловин, контакт з епідеміологічно небезпечними гризунами і комахами, складні кліматичні умови пустелі).

Зазначені вище та інші причини спонукали фахівців у середині 90-х років до розробки стратегічного плану створення нової військово-медичної системи (The Military Health System) замість існуючої військово-медичної служби (Military Health Service). Розроблювачі плану вважають, що досягнення здоров'я як головної мети військової охорони здоров'я, є дещо більше, ніж надання специфічного виду послуг. Відповідно до нової доктрини, діяльність військово-медичної системи по підтримці на належному рівні здоров'я особового складу ЗС, членів їхніх сімей та інших підлеглих категорій розглядається як важливий чинник гарантування національної безпеки країни.

Виходячи з цієї головної місії, військово-медична система вбачається інтегрованим, структурно і функціонально пов'язаним, укомплектованим кваліфікованим персоналом і всіма необхідними засобами органом, створеним командуванням ЗС в інтересах охорони здоров'я особового складу і підвищення боєздатності військ.

**Стратегічний план створення нової військово-медичної системи ЗС США.** Забезпечення необхідного рівня медичної готовності досягається професійним відбором осіб з вихідною медичною придатністю до певного виду військової служби, спеціальним тренуванням, захистом персоналу від ризиків військової праці, системою профілактичних заходів, доступністю усіх видів медичної допомоги особовому складу, впровадженням досягнень науки і техніки у практику військової охорони здоров'я.

**Створення інтегрованої військово-медичної системи** — це більш тісна взаємодія медичних служб трьох видів ЗС (дотепер вона була в значній мірі формальною), підвищення рентабельності і якості медичної допомоги, що надається за принципами послідовності та наступності, починаючи від театру бойових дій до медичних центрів, від надання першої допомоги до комплексного моніторингу стану здоров'я і бойової готовності, від амбулаторного прийому військовослужбовця до висококваліфікованих медичних послуг усім контингентам.

**Формування здорового способу життя військовослужбовця.** Умови військової праці, складний і напружений характер сучасної війни пред'являють підвищені вимоги до військовослужбовця, які можуть бути виконані за умови повного його фізичного і психічного здоров'я та соціального добробуту, досягнення яких можливе лише за концентрації зусиль медичної служби і командування.

У зв'язку з цим, головними пріоритетами військово-медичних служб США та інших країн НАТО в мирний час є: реалізація принципів превентивної медицини; програм здорового способу життя, раціональне харчування і зниження надлишкової ваги; гігієна порожнини рота і стоматологічна допомога (стан зубів і ротової порожнини військових розглядається як найважливіший фактор підтримки боєздатності військ), фізична підготовка, психічне здоров'я, профілактика бойового стресу, психологічні аспекти військової праці, боротьба з наркоманією, сексуальними образами і насильствами у ЗС, профілактика венеричних хвороб (у першу чергу, ВІЛ-інфекції/СНІДу), боротьба з гомосексуалізмом, контроль інфекційних хвороб, включаючи екзотичні хвороби, адаптація особового складу до виконання військової служби у важких кліматичних і соціальних умовах, захист військовослужбовців від впливу ризикових професійних факторів військової праці, своєчасне надання першої медичної допомоги, лікування захворювань і травм.

При цьому варто підкреслити, що у військових підрозділах і частинах ЗС США обсяг заходів превентивної медицини і їхня значимість перевищує всі інші розділи військової охорони здоров'я. Профілактична медицина тут трактується вельми широко і включає загальну профілактику, авіаційну і підводну медицину, медицину військової праці, санітарну інженерію, охорону навколишнього середовища, ентомологію, паразитологію, ветеринарний нагляд тощо.

Превентивна медицина має представництво в усіх військових частинах і гарнізонах. У кожній роті, розташованій у польових умовах, передбачена присутність бригади по санітарному благоустрою й утриманню території. У значно більших військових формуваннях виділяються підрозділи і бригади по санітарно-епідеміологічному нагляду, яким можуть підпорядковуватися місцеві ресурси (лабораторії), а також сили і засоби військово-медичних установ центрального підпорядкування (консультативна епідеміологічна служба медичних центрів, Центр здоров'я і превентивної медицини СВ). Персонал превентивної медицини є радником командування з питань охорони здоров'я і добробуту особового складу. У збройних силах країн НАТО командири всіх рангів несуть персональну відповідальність за збереження здоров'я і життя особового складу.

**Удосконалення організаційної структури і ресурсів.** Передбачається створення структури військово-медичної системи, яка б значно більше відповідала сучасним завданням, створення системи безперервно-го й адекватного медичного постачання на базі нових

ресурсів і передових технологій. Розробляються досконаліші альтернативні аналітичні моделі для прийняття управлінських рішень, розрахунку потреб у кадрах та їхнього раціонального використання, потреби в лікувальних установах, їхньому табельному оснащенні і регулярному медичному постачанні, автоматизації діагностичного і лікувального процесів тощо.

**Підвищення рівня теоретичної і практичної підготовки військово-медичного персоналу.** Існуюча система підготовки військово-медичних кадрів визнана як така, що не цілком відповідає сучасним вимогам. План передбачає створення інтегральної системи додипломної підготовки, післядипломного удосконалення та спеціалізації практикуючих лікарів, медичних сестер, допоміжного персоналу, а також управлінського апарату, командирів військово-медичних підрозділів, частин і установ. Для досягнення цієї мети створюються різноманітні за змістом, гнучкі навчальні програми, що поєднують навчання як у військових, так і в цивільних навчальних закладах. Вони будуть ґрунтуватися на широкому використанні передових військово-медичних технологій, комп'ютерних імітаційних моделей, тренажерів та інших інновацій.

**Інтегральна технологічна революція.** Передбачається тісна інтеграція новітніх медичних технологій у практику військової охорони здоров'я з наступною порівняльною оцінкою ефективності роботи військово-медичної системи взагалі та окремих її ланок при використанні старих і нових технологій. Стратегічним завданням цієї мети є упорядкування переліку передових військово-медичних технологій, плану їх придбання, установки і навчання медичного персоналу користуванню ними.

Стратегічний план перебудови військово-медичної служби потребує підготовки нового покоління медичних фахівців і керівників різного рангу, здатних реалізувати переваги технологічного переозброєння системи медичного забезпечення ЗС. Тому план передбачає поряд з іншими заходами суттєві кадрові зміни.

Свідченням важливості стратегічного плану і серйозності ставлення керівництва департаменту оборони США до упорядкування подібних документів є те, що, починаючи з 1995 р., до цієї роботи були залучені 200 найбільш досвідчених військово-медичних і технічних експертів, а також спеціалісти приватних фірм та всесвітньо відомі прогнози. У лютому 1997 р. на об'єднаній конференції медичних служб трьох видів ЗС були обговорені зауваження, що надійшли, і доповнення до проекту плану. Після доопрацювання робочими групами план стратегічного розвитку військово-медичної системи був поданий на затвердження керівництву міністерства оборони США.

**Фактори, що визначають особливості медичного забезпечення збройних сил США.**

**Чисельність збройних сил** є фактором, що впливає на формування бюджету військово-медичної служби, її особового складу і обсягів медичного постачання.

За станом на 1989 р. загальна чисельність ЗС США становила 2 млн 130 тис. чоловік. За останні 10 років

відбулося скорочення чисельності ЗС до 982 тис. осіб. Але до цього числа варто додати 370 тис. членів національної гвардії і 544 тис. осіб резерву.

Звертає на себе увагу те, що при скороченні чисельності СВ на 36 % їхній бюджет за вказані вище роки зменшився лише на 23,5 % (з 78,6 млрд дол. у 1989 р. до 60,1 — у 1997 р.), а витрати на військову охорону здоров'я суттєво не змінилися.

Важливою складовою частиною в забезпеченні необхідного рівня професійного здоров'я особового складу ЗС є фінансування військових відомств у тій статті, що відноситься до утримання особового складу.

Середньорічні витрати на одного військовослужбовця в країнах НАТО складають 70 тис. дол. з коливаннями від 12,7 тис. (Туреччина) до 191,1 тис. (США), у Росії — приблизно 4 тис., в Україні — 1,55 тис. доларів США.

**Дислокація військових контингентів і військових баз.** Відповідно до зведень Пентагона, сухопутні війська США розташовувалися на території своєї країни, а також у Центральній і Південній Америці, Європі, Східній і Південно-Західній Азії, Регіоні Тихого океану, Африці та на Близькому Сході. На деяких з цих територій перебуває також військовий флот і бази ЗС США.

В окремі роки кількість американських військ за межами країни досягала 38 % від загальної їх чисельності. Вказана широка географія, що включає дислокацію військ у місцевостях з жарким і вологим кліматом, багатих на отруйних тварин і рослин, з інтенсивним поширенням екзотичних інфекцій та інвазій створює додаткові, часом непередбачені, проблеми для командування і військово-медичних служб. Вони пов'язані з адаптацією особового складу до незвичних кліматичних умов, труднощами у забезпеченні доброякісною водою і їжею, захистом від розповсюдників трансмісивних хвороб, необхідністю проведення постійної медичної розвідки, хіміопротекції та імунізації. Військові і цивільні особи США перед поїздкою за кордон забезпечуються настановами або пам'яткою під назвою "Медична інформація для міжнародних поїздок", у якій містяться докладні відомості про ендемічні хвороби, характерні для різних країн, і даються рекомендації щодо їх попередження, здійснюються також інші запобіжні заходи. Військовослужбовці США, відряджені в Україну, підлягають імунізації проти гепатиту А і Б, грипу і застереженням щодо непридатності для пиття водопровідної води.

**Питома вага сімейних військовослужбовців.** Після введення в 1973 р. добровільної армії, питома вага сімейних серед особового складу швидко досягла 60 %. Нині на 495 тис. осіб дійсної служби СВ безкоштовне медичне обслуговування отримують понад 800 тис. членів їхніх сімей (у 1989 р. їхня кількість досягала 1121,1 тис. осіб). До цього слід додати 80 тис. членів сімей військовослужбовців, загиблих при виконанні своїх обов'язків; більше 400 тис. військових пенсіонерів і приблизно стільки ж членів їхніх сімей, що підлягають медичному обслуговуванню. У цілому, ці контингенти

займають 70 % ліжкового фонду госпіталів і 61 % усіх поліклінічних прийомів. В останні роки витрати на медичне обслуговування вказаних контингентів збільшилися у зв'язку з тенденцією до збільшення тривалості життя пенсіонерів і утриманців.

**Залучення жінок до служби в збройних силах.** У даний час у ЗС США служить понад 130 тис. жінок (13 % чисельності всього особового складу). Сьогодні їм надана можливість освоювати до 400 військових спеціальностей, включаючи військових пілотів, членів команд підводних човнів та ін. У сухопутних військах служить приблизно 60 тис. жінок. Ця обставина вимагає створення і розширення специфічного виду медичної допомоги — акушерської і гінекологічної, амбулаторної і стаціонарної, а також підготовки відповідного військово-медичного персоналу.

**Витрати на охорону здоров'я.** Витрати на охорону здоров'я у провідних країнах НАТО набагато перевищують ці показники в Україні. Разом з тим, забезпеченість лікарями і рівень госпіталізації хворих в Україні вищий як в цілому серед населення, так і в збройних силах.

Обставини, що склалися, пояснюються високою вартістю медичних послуг і ліків, а також насиченістю цивільних і військових лікувальних установ надто дорогими діагностичними, лікувальними й управлінськими технологіями, які далеко не завжди використовуються в інтересах хворого. Страхування здоров'я в США детально викладено нижче.

Прагнучи зменшити витрати на охорону здоров'я, політичні лідери США, законодавці, федеральна адміністрація, керівництво міністерства охорони здоров'я говорять про необхідність радикальної реформи цієї системи. Проте, її проведенню перешкоджають впливові сили, для яких медицина стала видом найбільш дохідного бізнесу (заробітна плата Президента США становить 320 тис. доларів, Міністра охорони здоров'я — 130 тис., Президента Американської медичної асоціації — 450 тис., кардіохірурга приватного госпіталю — 900 тис. доларів на рік).

На сьогодні в США схвалена національна програма "Здоров'я для всіх", достоїнством якої є проголошення пріоритету превентивної медицини над лікувальною. Відповідно до цього були створені і широко розрекламовані програми первинної, вторинної і третинної профілактики хвороб, здорового способу життя, фізичних тренувань, психологічної і психотерапевтичної допомоги, боротьби зі шкідливими звичками. Висока вартість стаціонарного лікування (від 300 до 600 дол. на добу у звичайному відділенні і 3000 дол. на добу у відділенні інтенсивної терапії) призвела до зміщення акценту на амбулаторне лікування і скорочення тривалості перебування хворого на ліжко-місці, в середньому, до 6,3 доби. Усі ці нововведення торкнулися і військової охорони здоров'я.

На відміну від цивільної охорони здоров'я, військово-медична служба надає безкоштовну (або дуже дешеву), досить якісну і всебічну медичну допомогу в мінімальні терміни у будь-якому місці перебування військовослужбовця.

У частинах і гарнізонах СВ США створені центри фізичного розвитку й удосконалення, є велика кількість спортивних залів і майданчиків. У сухопутних військах затверджена "Програма зміцнення морального клімату, покращання соціально-побутових умов, організації відпочинку і розваг". Вона реалізується за допомогою Центру спілкування і забезпечення. Одним з основних напрямів своєї діяльності командування СВ США вважає роботу із соціальними відхиленнями військовослужбовців.

У листопаді 1987 р. уведено в дію керівництво AR 600—63, основним змістом якого є програми заохочення до здорового способу життя та забезпечення психічного здоров'я. Вони включають шість напрямів: боротьба з палінням, підвищення рівня фізичної підготовки, поліпшення харчування, протистресову підготовку, профілактику алкоголізму та наркоманії, попередження перевантажень. Іншою директивою (DA RAM 600—24) у вересні 1988 р. затверджена "Програма попередження самогубства в армії". Головні обов'язки щодо її реалізації покладені на психолога, соціального працівника, військового священика, начальників військової поліції та медичної служби. Командири підрозділів, у складі яких є військовослужбовці з нестійкою психікою, несуть особисту відповідальність за них і повинні регулярно доповідати командирів дивізії про їх стан.

**Соціальний захист військовослужбовців і членів їхніх сімей.** Парламенти й уряди західних країн постійно вживають заходи для підвищення ролі ЗС у житті суспільства, популярності і престижності військової служби. У Німеччині правове, фінансово-економічне забезпечення і соціальний захист військовослужбовців регламентуються Конституцією, законами "Про статус військовослужбовця", "Про оплату державних службовців", спеціальною програмою "Привабливість військової служби". Програма спрямована на поліпшення матеріального становища усіх категорій військовослужбовців, збільшення витрат на їхнє грошове, житлове і пільгове забезпечення.

Військово-політичне керівництво США також вважає соціально-побутове забезпечення військовослужбовців та членів їхніх сімей важливим елементом підтримки належного рівня морально-психологічного стану ЗС. Згідно з американськими статутами і настановами, соціально-побутові програми включають: житлове, продовольче забезпечення, речове постачання, оплату транспортних витрат, страхування на випадок травми чи втрати працездатності, медичне забезпечення, організацію дозвілля військовослужбовців, задоволення соціально-побутових і культурних потреб членів їхніх сімей.

Відповідно до законодавства США, особи, що перебували на дійсній військовій службі не менше 180 днів, у правах на пільги прирівняні до категорії "Ветеран Збройних сил США". У випадку звільнення за інвалідністю, терміна вслуги неpotрібно.

Офіцери ЗС США одержують за свою військову працю грошову винагороду, що дає змогу утримувати

сім'ї, купувати житло, виплачувати внесок по страхуванню здоров'я. Усі військовослужбовці, члени їхніх сімей, пенсіонери МО користуються гарантованою безкоштовною медичною допомогою у будь-якому місці, де є медичні заклади МО або цивільні лікарні, з якими Міністерство оборони США уклало контракт.

У США нараховується понад 27 млн колишніх військових і приблизно 50 млн членів їхніх сімей, що користуються такими пільгами: виплата допомоги по інвалідності і безробіттю, включаючи програми професійної реабілітації; допомога в одержанні освіти і працевлаштуванні; підтримка ветеранів війни, пільгове страхування; позики на будівництво і ремонт житла, ритуальні послуги.

Наведені приклади засвідчують, що керівництво країн НАТО у прагматичних цілях відмовились від невинуватеного перекладання державної відповідальності за охорону здоров'я військовослужбовців на медичну службу. Значну частину турбот про стан здоров'я військових держава взяла на себе і реально забезпечила їх необхідними ресурсами.

Страхування здоров'я військовослужбовців та інших підлягаючих контингентів здійснює програма "CHAMPUS" (The Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services). Подібна форма страхування кадрових військових здійснюється (свого роду відомче страхування) у Франції, Німеччині та Великобританії.

Ця програма дає можливість оплачувати членам сімей військовослужбовців, ветеранам ЗС і членам їхніх сімей більшу частину вартості медичних послуг, які вони отримують у цивільних лікувальних установах за контрактом із Департаментом оборони. На програму "CHAMPUS" щорічно витрачається до 2,5 млрд дол. з бюджету Департаменту оборони і Адміністрації у справах ветеранів. Ці кошти доповнюють фінансування зазначених вище програм медичного і соціального забезпечення підлеглих контингентів.

**Фінансування військової охорони здоров'я США.** У 1998 р. бюджет військово-медичної служби США становив 16 млрд дол. При чисельності контингенту, підлягаючого обслуговуванню в 8 млн чоловік (військовослужбовці, пенсіонери Міністерства оборони і члени їхніх сімей), медичні витрати на 1 людину становили 2 тис. дол. на рік; у цивільній охороні здоров'я — 3 тис. доларів. Критично настроєні військово-медичні експерти вважають ці затрати надмірними і такими, що не зумовлюють покращання якості медичного забезпечення. Разом з тим, керівники медичних управлінь прагнуть досягти такого рівня фінансування системи військово-медичного забезпечення, який існує в цивільному секторі охорони здоров'я. На їхню думку, тільки при затратах не нижче 3 тис. дол. на особу можливо повністю вирішити всі проблеми охорони здоров'я в збройних силах.

**Сили і засоби військово-медичної служби.** У 1990 р. загальна чисельність медичного персоналу (лікарі, стоматологи, медичні сестри, допоміжний персонал) нараховувала 170 тис. осіб. У наступні роки загальне скорочення чисельності ЗС торкнулося і військово-

медичної служби, але не різко. У даний час більш гострою є не стільки проблема її подальшого скорочення, скільки дефіцит висококваліфікованих військових лікарів (особливо хірургів, нейрохірургів, травматологів) і медичних сестер.

Зараз у ЗС на одного лікаря припадає 545 осіб, підлягаючих медичному обслуговуванню, у цивільній охороні здоров'я — один лікар обслуговує 420 чоловік. Протягом року військово-медичним персоналом здійснюється 50 млн амбулаторних прийомів у 936 поліклініках і диспансерах, а 1 млн осіб одержують стаціонарне лікування в 168 госпіталах. При нормі середньорічної зайнятості лікарняного ліжка 300 днів і середньої тривалості перебування хворих з гострими захворюваннями 63 доби, розрахункова потреба ЗС у ліжковому фонді становить 21 тис. ліжок. Фактично ж тільки госпітальна база медичного командування СВ США має 65 тис. ліжок, тобто формально вона є надлишковою. Згідно з офіційною статистикою, середньорічна зайнятість ліжка у госпіталах США не перевищує 56 % від норми (на Україні приблизно 70 %).

Відповідно до проведених нами розрахунків, на кожну людину, підлягаючу медичному обслуговуванню в лікувальних установах Міністерства оборони США, припадає по 5 амбулаторних візитів до лікаря і кожний десятий з підлягаючих контингентів був госпіталізований. Оскільки особи, що перебувають на дійсній службі, становить лише 30 % усього навантаження медичних установ, частота поліклінічних звернень серед військовослужбовців становить 1,5, а у стаціонарі лікується один із тридцяти трьох осіб. Ці показники певною мірою відображають стан здоров'я і захворюваності особового складу ЗС США.

Лікарський корпус СВ складається з 45 лікарських спеціальностей (терапевти, хірурги, психіатри, акушери-гінекологи, кардіологи, нейрохірурги, окулісти, ЛОР-лікарі та ін.). Стоматологічний корпус нараховує 12 спеціальностей (терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія тощо), корпус ветеринарної служби — із шести спеціальностей; корпус медичних фахівців має три спеціальності: профпатолог, фізіотерапевт і дієтолог; окремий корпус медичного сервісу включає 29 спеціальностей: військово-медичні адміністратори, фінансовий контролер, фахівець з інформаційних систем, працівники відділу кадрів, плановики, офіцери відділу аеромедичної евакуації, мікробіологи, ентомологи, фармакологи, санітарні інспектори.

У воєнний час, відповідно до експертних оцінок, чисельність військово-медичного персоналу має бути значно збільшена. Для цього за спеціальним указом Президента країни проводиться мобілізація медичного резерву, чисельність котрого дорівнює приблизно чисельності військово-медичного персоналу, який перебуває на дійсній службі в мирний час. Недостатню кількість лікарів і медичних сестер передбачається заповнити за рахунок медичного персоналу цивільних лікарень, що пройшов скорочену підготовку по невідкладній допомозі та навичках роботи у польових умовах. Заходи у цій галузі визначені директивою Міністра

оборони США "Медицина підготовка резерву". Відповідно до цієї директиви, встановлено порядок проходження медичним персоналом, що перебуває в резерві, 48-годинних щорічних курсів підвищення кваліфікації з військово-медичної спеціальності при центрах підготовки резерву ЗС за місцем проживання або в гарнізонних госпіталах. Їх організують, звичайно, без відриву від основної роботи у вихідні дні.

Навчання проводиться за програмою "Базисний курс лікування травми", у якій головна увага приділяється навичкам надання невідкладної допомоги пораненим, а також медичному сортуванню. На триваліших курсах (до 60 навчальних годин) слухачі навчаються розгортанню медичних підрозділів, проведенню найтипівіших для воєнного часу хірургічних операцій і догляду за пораненими. Практикується також групова участь медичних спеціалістів резерву в роботі військових госпіталів, до яких вони приписані на випадок мобілізації; залучення їх до медичних бригад по ліквідації наслідків аварій і катастроф, а також проведення періодичних зборів і польових навчань резервістів. Під час навчань вони займають посади, на які, згідно з мобілізаційним планом, можуть бути призначені у випадку війни.

**Комп'ютерне оснащення військово-медичних служб.** Медичні служби США та інших армій НАТО широко використовують комп'ютерні технології. У середині 80-х років в офісі помічника Міністра оборони з питань охорони здоров'я був створений Інформаційний центр військово-медичної служби (Defense Medical Systems Support Center) з річним бюджетом 100 млн дол. Центр складається з шести підрозділів, що працюють за наступними напрямками:

- інформаційне забезпечення й удосконалення структури медичної служби, управління її базою даних і системами зв'язку;

- системні програми по управлінню кадрами, централізованими довідковими системами і медичним архівом;

- системні програми по оцінці якості проектів технічного оснащення медичної служби;

- госпітальні системні програми автоматизованого діагностичного, лікувального процесів і постачання;

- інформаційні системи управління медичними підрозділами і частинами;

- інформаційне забезпечення стану підвищеної медичної готовності (використання автоматизованих систем при медичній евакуації, створенні запасів крові, переміщенні пацієнтів, управлінні роботою медичних складів тощо).

Центр веде розробку інтегрованої системи військово-медичної інформації (Composite Health Care System), що включає в себе автоматизоване адміністративне управління; комп'ютерну реєстрацію результатів аналізів; контроль за лікувальним процесом, витратою ліків і медичного майна; визначення потреб у продовольчому постачанні госпіталів тощо. Інформаційний обсяг розроблюваної системи дає змогу керувати діяльністю 750 військово-медичних установ, забезпечуючи

роботою в діалоговому режимі 150 тис. лікарів, адміністраторів, медичних сестер, працівників постачання.

Перед центром поставлені більш високі завдання, що знайшли своє відображення у Стратегічному плані медичної готовності (Medical Readiness Strategic Plan). Нові цільові завдання полягають у забезпеченні медичної служби надійними засобами глобальної системи зв'язку, що сприяють використанню оперативних медичних інформаційних систем, телемедицини й інших комп'ютерних програм, починаючи з театру воєнних дій і закінчуючи медичними центрами контингенту та штабом військово-медичного командування.

Найближчим часом передбачається заміна жетонів військовослужбовців електронними медичними картками, що містять медичні відомості, важливі для надання допомоги при травмі і проведення лікування. Впроваджені й електронні стоматологічні картки, що дають можливість швидко вводити, зберігати і передавати на будь-яку відстань відомості про патологію ротової порожнини, включаючи дані рентгенологічних обстежень. Впровадження таких карт в арміях інших країн набуває особливої ваги при виконанні спільних операцій багатонаціональними військовими підрозділами НАТО в різних регіонах світу. Різновидом електронної картки є індивідуальний моніторинг стану бійця (Personal Status Monitor), що буде входити в єдину систему надання швидкої й адекватної медичної допомоги на полі бою.

Дуже перспективними визнані інноваційні комп'ютерні алгоритми прийняття рішень при різноманітних видах бойової патології. Нині розроблено біля 200 варіантів таких алгоритмів. Вони використовують систему тестів, в основі яких лежить дерево альтернативних дій медичного персоналу, залежно від конкретної ситуації, з покроковим процесом прийняття рішень і можливістю внесення коректив на кожному етапі.

У військових госпіталах широко використовуються комп'ютеризовані прилади лабораторної клінічної діагностики, в яких підготовка проб, власне аналіз, видача і пересилка результатів за призначенням, самотестування вимірювальної системи, контроль за наявністю реактивів та інші процедури виконуються автоматично за допомогою вмонтованого процесора.

Перед командуванням медичних служб ЗС США й західних країн поставлено завдання оснастити медичну структуру такими інформаційними системами, які б дали змогу до початку нового сторіччя на фоні подальшого зменшення бюджетних асигнувань і скорочення ЗС істотно підвищити ефективність управління медичною службою і роботу всієї системи медичного забезпечення військ.

## Медицина служба Бундесверу

Очолюється головним хірургом, військове звання і посада якого еквівалентні рівню начальника штабу відповідного виду ЗС. Робочим штабом головного хірурга бундесверу є його офіс, що формує самостійний директорат (управління). Останній підрозділяється на

відділи: профілактичний (збереження здоров'я і боєздатності) і медичної допомоги (лікувально-евакуаційне забезпечення і медичне постачання).

Профілактичний відділ займається попередженням травм і захворювань, контролем за впровадженням програм фізичного і психічного здоров'я; гігієною військової праці.

Медичний відділ здійснює загальне керівництво і контроль за наданням усіх видів медичної допомоги й організацією медичного постачання. До його складу входять медичні установи центрального підпорядкування, медичні служби видів збройних сил, медична служба центрального апарату бундесверу і медична служба призовних комісій.

Медичні установи центрального підпорядкування надають медичну допомогу усім видам ЗС. До цих установ належать: Медична академія бундесверу в Мюнхені, Центральний госпіталь у Кобленці, сім інших госпіталів, Інститут медичної статистики й обробки бази даних у Ремагені, чотири центральні інститути військово-медичної служби і медичний центр у Бонні. Персонал установ центрального підпорядкування нараховує 2,7 тис. військових і 4 тис. цивільних осіб, зокрема — 1007 лікарів, 103 фармаколога, 31 стоматологів і 34 ветеринарів.

Медична академія бундесверу здійснює післядипломну підготовку військово-медичного персоналу усіх видів ЗС на 130 різноманітних курсах, основним з яких є симпозиум по військово-польовій хірургії. Академія є також провідним науково-дослідним центром у галузі медичного захисту від ядерної, хімічної та біологічної зброї.

Центральні інститути військово-медичної служби є міжвідомчими установами, що займаються проблемами польової гігієни, гігієною навколишнього середовища, контролем якості харчових продуктів і ліків, організацією постачання крові тощо.

Військова ланка медичної служби має таку структуру: у роті — санітарний інструктор і фельдшер; у батальйоні — лікар і перев'язувальний пункт; у бригаді — медичний пункт з хірургом. Догоспітальна ланка спеціалізованої допомоги представлена 13 амбулаторними центрами. Лише один такий центр проводить за рік більше хірургічних втручань, ніж центральний військовий госпіталь у Кобленці.

Центральний госпіталь бундесверу оснащений сучасним устаткуванням та укомплектований найкваліфікованішими фахівцями. Як і всі військові госпіталі, він інтегрований у національну систему надання допомоги у разі катастроф. На території госпіталю існує вертолітна площадка, де двічі на тиждень ведеться цілодобове чергування. У приймальному відділенні госпіталю є протишокова палата, оснащена апаратурою для подачі наркозу, відновлення прохідності дихальних шляхів, припинення зовнішньої кровотечі і підтримки функції життєво важливих органів. Усією роботою з надання невідкладної допомоги керує черговий анестезіолог-реаніматолог. У разі необхідності проведення консультацій викликаються фахівці відповідного профілю.

Операційний блок цілком автономний та ізолюваний від інших відділень госпіталю. Він обладнаний шлюзовою системою прийому і передачі біксів із стерильним інструментарієм, перев'язувальним матеріалом, операційною білизною. Кожна операційна герметична, уздовж стін зверху до низу надходить ламінарний потік стерильного повітря.

Відділення інтенсивної терапії розташоване на одному поверсі з операційним блоком і оснащено системами моніторингу за станом пацієнтів. Один хворий обслуговується однією медичною сестрою, а лікар веде трьох хворих.

У центральному й інших військових госпіталях відсутні "гнійні" операційні та відділення. Операції хворим з гнійною хірургічною інфекцією проводяться в загальних операційних з дотриманням ретельного режиму антисептики.

Інші госпіталі бундесверу надають спеціалізовану медичну і стоматологічну допомогу всім військовослужбовцям, а також здійснюють практичну підготовку військово-медичного персоналу. У деяких госпіталях у мирний час готуються групи фахівців для роботи в польових лікувальних установах військових контингентів, які виконують різноманітні місії за кордоном. Частина госпіталів мають реанімобілі і вертольоти для евакуації постраждалих з осередків катастроф. Оснащення вертольота і реанімобіля однотипне: загальна укладка, окремі укладки для відновлення дихання, невідкладної кардіологічної допомоги і реанімації дітей. Уся територія Німеччини поділена на зони, за кожною з яких закріплена відповідна цивільна лікарня або військовий госпіталь. Доставка хворих і постраждалих з будь-якої точки Німеччини займає не більше 45 хвилин. Уздовж автомобільних шляхів розташовані спеціальні телефонні пристрої для швидкого виклику медичної допомоги.

Медична служба бундесверу не надає медичну допомогу членам сімей військовослужбовців і військовим пенсіонерам, проте, в інтересах практичної підготовки військово-медичного персоналу 30 % ліжок у військових госпіталях зайняті профільними цивільними пацієнтами, жертвами аварій, катастроф та інших нещасних випадків.

**Медична служба сухопутних військ.** Кожний батальйон має лікаря, що здійснює амбулаторний прийом у диспансері (медичний пункт). У мирний час весь медичний персонал гарнізону зосереджений у гарнізонних медичних центрах, які, де це можливо, функціонують як міжвідомчі військово-медичні установи. Польова медична служба СВ представлена медичною бригадою і 7 медичними полками. У воєнний час вона підсилюється ще сімома додатковими госпітальними полками, що дає змогу надавати стаціонарну допомогу в 56 резервних госпіталях усіх видів ЗС.

**Медична служба ВПС.** Базується, в основному, на медичних ескадрильях, які, при можливості, виконують роль гарнізонних медичних центрів і міжвідомчих установ. Вони відповідальні за надання медичної допомоги відповідним формуванням ВПС у мирний і

воєнний час. В останньому випадку обсяг допомоги, що надається, обмежується реанімаційними заходами, стабілізацією життєвих функцій, включаючи проведення невідкладних хірургічних втручань.

Медична служба ВПС здійснює також супровід медичної евакуації на середні і дальні відстані. Авіаційні лікарі проводять моніторинг професійного здоров'я, лікування пілотів та інших авіаційних спеціалістів. Інститут авіаційної медицини ВПС виконує наукові дослідження з проблем аерокосмічної медицини.

**Медична служба ВМС.** На військово-морських базах ВМС існують гарнізонні медичні центри, що надають загальну лікарську допомогу. Перша лікарська допомога в умовах походу надається лікарем ескадри або бойового корабля. При необхідності стаціонарного лікування, поранених і хворих направляють у лазарети кораблів бойової підтримки або в госпітальні судна союзників.

Інститут морської медицини є науковою установою, що займається дослідженнями проблем морської, підводної і водолазної медицини, а також центром лікування професійних захворювань і травм водолазів, обумовлених нещасними випадками. Окрім цього інститут займається проблемами тропічної медицини.

**Медична служба центрального апарату** забезпечує амбулаторною медичною допомогою усіх військовослужбовців, які перебувають за кордоном, а також працівників центрального апарату Міністерства оборони і Генерального штабу.

**Медична служба призовних комісій** є інтегральною частиною адміністрації бундесверу. Вона визначає медичну придатність молоді до служби в армії. Діяльність цієї служби контролюється головним хірургом бундесверу.

## Військово-медична служба Нідерландів

Нідерланди входять до складу НАТО. У мирний час чисельність збройних сил країни становить 25 тисяч військовослужбовців і 10 тисяч цивільних осіб. В об'єднаних збройних силах альянсу Нідерланди представлені нідерландсько-німецьким корпусом.

Медичну службу ЗС країни очолює головний хірург Міністерства оборони, який підпорядковується безпосередньо начальнику Генерального штабу, що розміщений в Гаазі. Воєнна доктрина Нідерландів орієнтована на загальні оборонні дії та участь ЗС країни у миротворчих місіях. Цій концепції також підпорядковані задачі військово-медичної служби.

З метою економії сил і засобів, а також підвищення якості медичної допомоги, служби окремих видів ЗС об'єднані в єдину систему, яка, в свою чергу, тісно інтегрована з цивільною системою охорони здоров'я. Це дає можливість направляти військових лікарів для роботи в медичні заклади Міністерства охорони здоров'я, а також широко використовувати персонал і базу цивільних лікарень для медичного забезпечення особового складу збройних сил і надання допомоги жертвам катастроф. При виконанні будь-якої місії ЗС, незалеж-

но від місця її здійснення, ставиться завдання стосовно досягнення якості медичної допомоги не нижчої від стандартів цивільної охорони здоров'я.

Своєчасність, адекватність, наступність і достатність медичної допомоги військовослужбовцям досягається завдяки її ешелонуванню. Перший ешелон надає медичну допомогу на рівні батальйону або гарнізону (медичні пункти); другий — на рівні бригади (перев'язувальні пункти); третій — на рівні дивізії (мобільні госпіталі); четвертий ешелон відсутній; п'ятий представлений центральним військовим госпіталем в Утрехті на 50 ліжок-місць, який працює в тісному співробітництві з університетським госпіталем, що дає змогу, у разі необхідності, довести число ліжок до 300.

В умовах створення добровільних ЗС, скорочення їхньої чисельності і зменшення військового бюджету, військово-медична служба Нідерландів зазнає труднощів при укомплектуванні кваліфікованим персоналом, оснащенні новими технологіями і транспортними засобами (вертольотами).

## Військово-медична служба Великобританії

Організаційна структура військово-медичної служби ЗС Великобританії має багато подібного з медичними службами інших країн Західної Європи, особливо тих, що є членами НАТО. Вона підпорядковується єдиному начальнику військово-медичної служби Міністерства оборони, який має у своєму розпорядженні військово-медичні відділи сухопутних військ, ВМС і ВПС з типовою структурою лікувальних закладів, стоматологічних установ, управління й установ медичного постачання, управління і закладів підготовки військово-медичного персоналу, відділів планування медичного забезпечення та відділу фінансів і безпеки.

Військово-медична служба Великобританії має широку інтеграцію з цивільною системою охорони здоров'я в галузі лікування особового складу ЗС та інших підлеглих контингентів, підготовки військово-медичного персоналу, наукових досліджень. В м. Мілленк відкрито медичну школу СВ (The Army Medical School). Вона здійснює післядипломну підготовку і спеціалізацію військових лікарів, які закінчили медичні факультети цивільних університетів.

У цілому, медичне забезпечення військовослужбовців здійснюється згідно з принципами і вимогами військово-медичної доктрини Великобританії і НАТО.

## Військово-медична доктрина НАТО.

Регламентуючим документом, який служить як керівництво для командирів, медичних начальників усіх рангів та військово-медичного персоналу з питань збереження життя і здоров'я медичного складу, є військово-медична доктрина (Доктрина).

Існує декілька видів доктрин:

Національна — єдина доктрина для всіх видів ЗС країни;

Союзна доктрина країн-учасниць НАТО;

Доктрина багатонаціональних сил, які включають НАТО та інші країни.

Багатонаціональні доктрини забезпечують необхідний рівень уніфікації та стандартизації, який сприяє ефективнішому, з меншими затратами, виконання спільної задачі, що стоїть перед медичними службами об'єднаних ЗС. Разом з тим, ці доктрини враховують особливості національних систем військової охорони здоров'я. Положення союзницьких чи партнерських доктрин сформульовані так, щоб національні пріоритети у медичному забезпеченні окремих країн-учасниць не перешкоджали їх взаємодії та співробітництву.

Західні військово-медичні доктрини виходять з того положення, що досягнення потрібного стандарту професійного здоров'я, як важливої складової частини боєздатності військовослужбовців, є спільною задачею командування, медичної служби та самого особового складу. Доктрина визначає їхні обов'язки, відповідальність та форми взаємодії у питаннях охорони здоров'я.

Професійне здоров'я визначається як відсутність захворювання при наявності певного рівня компенсаторних та захисних механізмів, які забезпечують високу боєздатність військовослужбовця у всіх умовах його професійної діяльності. Боєздатність західні експерти, як правило, відносять до особистих якостей військовослужбовця, які дають змогу йому виконувати задачу у складі підрозділу, а боєготовність — до військової організації (підрозділ, частина, з'єднання, установа), її можливості виконати свою частку у бойовій операції. Проте, такий розподіл не є загальноприйнятим у країнах альянсу.

Боєздатність розглядається як комплексне поняття, яке включає фізичне та психічне здоров'я, моральний дух, мотивацію служби в армії, загальну та бойову підготовку, професійні знання й уміння.

Що стосується самого терміну "військово-медична доктрина", то останнім часом його відносять не до "війни", а до збройних сил, які виконують будь-яку місію у мирний чи воєнний час. При цьому підкреслюється, що успішне виконання задач медичної служби на ТВД є у прямій та тісній залежності від організації медичного забезпечення ЗС у мирний час та в мобілізаційний період.

Медичне забезпечення збройних сил у період війни будується на базі військової охорони здоров'я мирного часу, перебудованої та посиленої для роботи в особливих умовах.

Оскільки в період війни або при виконанні ЗС спеціальних задач (ліквідація великомасштабних катастроф, антитерористичні операції, миротворчі місії) суттєво змінюється лише організація медичного забезпечення, у військово-медичній доктрині НАТО виділені загальні принципи медичної допомоги та оперативні принципи, які відображають специфіку медичного забезпечення військ у різних місіях мирного часу і на ТВД.

Сьогодні у розробці військово-медичної доктрини існує багато підходів. У НАТО доктринальні положення викладені у документах з різними назвами та змістом.

Останнє стосується того, що в одних випадках: - принципів та політики, в інших — стратегічного планування, у третіх — організації медичного забезпечення.

## Медична служба Збройних сил України

Медична служба Збройних Сил України — служба у складі Збройних сил України для медичного забезпечення військ (сил) у мирний і воєнний час. Організаційно складається з органів управління і різноманітних медичних підрозділів, частин і закладів. Дана служба має необхідні сили і засоби, що дозволяють здійснювати лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи, кваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу, а також евакуацію поранених і хворих.

Медична служба Збройних сил України започаткувалась з медичних служб видів збройних сил (ППО, ВПС, ЧФ), трьох військових округів — Київського, Прикарпатського, Одеського та 43 РА, які розташовувались в Україні на момент розпаду Радянського Союзу (1991 р.). Медичні служби військових округів були самостійними одиницями і підпорядковувались начальникам тилу військових округів, а зі спеціальних питань — Центральному військово-медичному управлінню Міністерства оборони СРСР. Постачання медикаментів і медичного майна було повністю централізованим.

Із самого початку функціонування Збройних сил України виникло багато не вирішених питань та труднощів у сфері військової медицини: відсутність єдиного органу управління медичною службою, а також системи постачання медикаментами і медичним майном; не налагоджено виробництво евакуаційно-транспортних засобів, відсутність військово-медичних навчальних та науково-дослідних закладів; не розроблена нормативно-правова база, яка б регламентувала діяльність органів управління, лікувально-діагностичних і санітарно-епідеміологічних закладів, військово-медичної експертизи, військово-медичного постачання тощо. Базуючись на досвіді світової й вітчизняної військової медицини, була створена нова організаційно-штатна структура медичної служби Збройних сил України, а у січні 1993 р. затверджена Концепція будівництва та розвитку медичної служби Збройних сил України.

Протягом 16 років відбулося шість перейменувань органу управління медичної служби Збройних сил України. Основними етапами перетворень можна назвати: формування згідно з директивою Міністра оборони України 1992 р. управління медичного забезпечення штабу тилу Збройних сил України — центральний орган управління медичною службою, який потім було реформовано у Центральне військово-медичне управління тилу Збройних сил України. У 1994 р. наказом Міністра оборони України воно реорганізується у Головне військово-медичне управління Генерального штабу Збройних сил України, яке в 1996 р. було реформоване у Головне військово-медичне управління Міністерства оборони України.

Вітчизняна військова медицина мала у своєму складі медичні служби видів збройних сил, оперативних командувань, медичні частини, установи та заклади. Основу військово-медичної служби складають: Головний військовий клінічний госпіталь, центральні, базові та гарнізонні військові госпіталі, філії військових госпіталів, військові лазарети, військові санаторії, санітарно-епідеміологічні заклади, поліклініки (зокрема стоматологічні), медичні склади, Українська військово-медична академія, Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних сил України, кафедри екстремальної і військової медицини та ін. Станом на 1 січня 2002 р. медична служба мала у своєму складі 163 медичні частини та заклади.

Загальна чисельність особового складу медичної служби Збройних сил України нараховувала близько 23 тис. осіб, з них — понад 4 тис. військовослужбовців, що становить 5,6 % чисельності збройних сил [1].

У військах Західного та Південного оперативних командувань діють філії УВМА з метою проведення тематичних удосконалень та спеціалізації лікарського складу і передатестаційної підготовки середнього медичного персоналу Збройних сил України.

На сьогодні управління медичною службою Збройних сил України здійснюється департаментом охорони здоров'я Міністерства оборони України з відповідними управліннями та відділами за основними напрямками діяльності.

Протягом 1998–2005 рр. розроблені і почали впроваджуватися принципово нові, засновані на територіальному принципі, схеми лікувально-діагностичного забезпечення. З цією метою відпрацьовані нові типові штати госпіталів, організаційно-штатна структура яких забезпечить ефективне управління медичною службою військових частин, що знаходяться в зоні відповідальності військових госпіталів, а також достатній рівень медичної допомоги особовому складу. Розроблене Положення про військові госпіталі Збройних сил України та Перелік територіальних зон відповідальності військових госпіталів за надання кваліфікованої медичної допомоги, яке уведене наказом Міністра оборони України від 30.10.2000 р. за № 420.

У ході виконання заходів перший і другий етап Програми відпрацьовані: нормативно-правова база та керівні документи першої необхідності, що регламентують питання медичного постачання; визначають базову номенклатуру медичного майна поточного постачання відповідно до рівня медичної допомоги і лікування хворих у військовій ланці, гарнізонних, базових та центральних госпіталях, поліклініках та поліклінічних відділеннях. Для забезпечення стабільного постачання лікувальних закладів, військових частин та установ медичної служби Збройних сил України розроблена і запроваджується система територіального забезпечення медичним майном на основі раціонального поєднання централізованого і децентралізованого принципу постачання.

Державна політика зі створення єдиного медичного простору, ліквідація вузьковідомчого впливу та тери-

торіальний принцип медичного забезпечення сприятимуть військовим медикам якісному виконувannya поставлених завдань і виходу на конкретний ліміт чисельності з найменшими втратами.

У 2002–2003 рр. Головним військово-медичним управлінням МО України розроблена нова система медичного забезпечення Збройних сил України на воєнний час, в основі якої лежить створення на базі лікувальних установ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства оборони України територіальних госпітальних баз.

З цією метою прийнята Постанова Кабінету Міністрів від 30.11.1998 р. № 1894–65 "Про визначення лікувальних установ системи Міністерства охорони здоров'я України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період", а також спільні накази Міністра оборони та Міністра охорони здоров'я України щодо введення в дію "Положення про територіальні госпітальні бази Міністерства охорони здоров'я України" тощо.

До 2003 р. Головне військово-медичне управління (ГВМУ) МО України у своєму складі мало: оперативно-медичне управління та управління медичного і матеріально-технічного забезпечення, відділи професійного аналізу та підготовки медичного складу, економічного аналізу і фінансування, канцелярію, секретне відділення, санітарно-епідеміологічне управління (на окремому штаті).

До недоліків такої організації слід віднести: відсутність підрозділів науки та освіти; психологічної служби; автоматизації управління; ревізійної роботи за напрямками лікувально-профілактичного забезпечення та використання ресурсів, фінансового забезпечення; юридичного. Слід зазначити, що всі функції ГВМУ МО України (на сьогодні ГВМУ МО України перейменовано у Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України) не дублювалися і не виконувалися жодним іншим управлінням Міністерства оборони.

З метою підготовки, спеціалізації й удосконалення офіцерів-лікарів (провізорів) була створена Українська військово-медична академія (УВМА), у якій здійснюється за освітньо-кваліфікаційним рівнем "спеціаліст" підготовка офіцерів оперативно-тактичного рівня: з п'яти військово-облікових спеціальностей (лікувальна справа в наземних військах, в авіації, на кораблях, хірургія, анестезіологія та реаніматологія), термін навчання 3 роки; із сімох військово-облікових спеціальностей (терапія, інфекційні хвороби, невропатологія, епідеміологія, гігієна, стоматологія та фармація), з терміном навчання 2 роки.

Відповідно до потреб Міністерства оборони України у військово-медичних спеціалістах у складі Національного медичного університету імені О. О. Богомольця створено факультет для цільової підготовки з 01.09.1997 р. фахівців для Збройних сил України за спеціальностями "Медицина" й освітньо-кваліфікаційним рівнем "спеціаліст".

У складі Вінницького медичного коледжу створено відділення підготовки помічників військових лікарів і

з 01.09.1997 р. введена цільова підготовка фахівців за спеціальностями професійного спрямування "Медицина" і освітньо-кваліфікаційним рівнем "бакалавр" зі щорічним набором до 100 осіб (термін навчання 4 роки).

Для проведення наукових досліджень з військово-медичної тематики в медичній службі Збройних сил України створено Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Збройних сил України, який є головною науково-дослідною установою Збройних сил.

Протягом 2002–2008 рр. робота військових госпіталів здійснювалась в умовах удосконалення організаційно-штатних структур та впровадження чіткої вертикалі управління лікувально-профілактичною роботою. Окрім того, діяльність військових госпіталів виконувалась в умовах недостатнього бюджетного фінансування, тому для життєдіяльності військових госпіталів і виконання ними завдань за призначенням у них організована і проводилась робота щодо впровадження платних послуг.

До 2010 року в результаті організаційних заходів скорочено понад 130 військово-медичних частин, чисельність особового складу медичної служби збройних сил зменшилась на 62 %, що, у свою чергу, зумовило зменшення витрат бюджету Міністерства оборони України [2].

Медична служба збройних сил відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 16.10.1995 р. № 819 "Про взаємодію медичних служб збройних сил та інших формувань з державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини" здійснює взаємодію з військово-медичними закладами Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки, Прикордонних військ України, а також цивільними лікувальними установами і науково-дослідними інститутами в межах своєї компетенції.

Поряд з вищезазначеним, говорячи про перспективи, необхідно відмітити, що важливим аспектом розбудови медичної служби збройних сил у мирний час, а також на випадок надзвичайної ситуації мають стати військово-медичні клінічні центри. Перші кроки щодо формування військово-медичних центрів були зроблені в кінці 90-х років минулого століття. Згідно з наказом Міністра оборони України № 399 від 05.11.1997 р. з метою реформування лікувально-профілактичного забезпечення у Київському гарнізоні було створено Київський військово-медичний центр, у той же час з метою поліпшення організації та стану розвитку Військово-повітряних сил згідно з наказом заступника Міністра оборони України – Командувача військово-повітряних сил України № 181 від 11.11.1997 р. було сформовано військово-медичний центр ВПС чисельністю 390 осіб (з них: 40 військовослужбовців та 350 працівників Збройних сил України), але тільки в останні роки почалась плідна робота щодо створення військово-медичних центрів у всіх оперативних командуваннях та видах збройних сил.

Навесні 2014 р. з окупацією Кримського півострова, Збройні сили України втратили лікувальні, оздоровчо-профілактичні і санітарно-гігієнічні заклади. У місті Севастополь – ВМКЦ Кримського регіону, 57-й мобільний ВГ, 540-й центральний ВГ, 1030-й санітарно-епідеміологічний загін. У Сімферополі – 4-й санітарно-епідеміологічний загін та 386-й базовий ВГ ім. Святителя Луки. Центри медичної реабілітації та санаторного лікування у Судаку, «Крим» (сmt Партенід), «Феодосійський» (м. Феодосія) та дитячий санаторій у Євпаторії.

Червень 2014 року – у Збройних Силах України некомплект санітарних автомобілів складає 595 одиниць, а той парк санітарних автомобілів, який зараз є, здебільшого застарілий [3]. У серпні того ж року відповідно до приписів Міністерства оборони України, при Полтавському обласному військовому комісаріаті з мобілізованих створюється 8-ма окрема автомобільна санітарна рота (ОАСР). Навчання водіїв-санітарів проходили у м. Полтава на базі 179-го навчального центру військ зв'язку. У Хмельницькому, створюють аналогічну 7-му роту [4].

Протягом 2014–2016 рр. у військових підрозділах Збройних Сил були відновлені посади: стрільців-санітарів у відділеннях, штатних санітарів у взводах, санітарних інструкторів у ротах. До штатів медичних пунктів батальйонів було введено посаду лікаря та броньовану евакуаційну техніку, збільшено чисельність середнього медичного персоналу, що дало можливість скоротити час до надання першої медичної допомоги та за часовим показником наблизити її до стандартів НАТО. Також було переформатовано структуру медичної роти бригади, яка за спроможністю наблизена до аналогічних підрозділів країн-членів НАТО [2, 5].

У 2016 р. укомплектованість особовим складом закладів охорони здоров'я, підпорядкованих Військово-медичному Департаменту Міноборони, становить: лікарі – 75,6 %, середній медичний персонал – 67,9 %. «У загальному, медична служба ЗСУ укомплектована особовим складом: лікарі – 55 %, середній медичний персонал – 61 % та молодший медичний персонал – на 46 %» [6]. У кінці 2016 р. забезпеченість військових частин ЗС України медичним майном становить 90 %, лікарськими засобами – 87 %. Медичні підрозділи забезпечені спеціальною медичною технікою на 80 %, санітарною – на 66 %, броньованою санітарною технікою – на 45 % [2, 5].

У січні 2018 р., відповідно до спільної Директиви Міністерства оборони України та Генерального штабу ЗС України, на базі Центрального військово-медичного управління Збройних Сил України (у підпорядкуванні Генштабу) та Військово-медичного департаменту Міноборони України сформовано, єдиний орган управління медичного забезпечення – Головне військово-медичне управління.

31 жовтня 2018 р. Міноборони України прийняло рішення про перехід військової медицини держави на стандарти медичного забезпечення військ НАТО [2, 8].

На літо 2019 р. укомплектованість у військах від загального необхідного штату складало приблизно 60

відсотків лікарів. У цей же час по госпіталах укомплектованість складає 90-100 відсотків. [2, 9]

У лютому 2020 р., відповідно до реформування військових структур за стандартами та НАТО, Головне військово-медичне управління ЗС України було реформовано у Командування Медичних сил Збройних Сил України [2, 10]. Тепер у підпорядкуванні керівного органу медичної служби ЗС України не лише військові госпіталі, санаторії, тощо, а й медична служба військових частин, яка до цього підпорядковувалася командирам військових частин.

На медичному забезпеченні у закладах охорони здоров'я в системі Міністерства оборони перебувають близько 1,2 млн осіб, з них: військовослужбовців – 250 тисяч, пенсіонерів Міністерства оборони (ветеранів військової служби, ветеранів війни, учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС тощо) – 330 тисяч, членів сімей військовослужбовців та пенсіонерів Міністерства оборони – 585 тисяч, працівників Збройних Сил, які працюють у шкідливих умовах – 47 тисяч. [2, 11]

Для проведення санаторно-курортного лікування і медичної реабілітації військовослужбовців, учасників АТО/ООС та інших категорій у Міністерстві оборони існує 5 закладів санаторно-курортного лікування та медичної реабілітації і 2 санаторних відділення у структурі Військово-медичних клінічних центрів регіонів. Їх загальна штатна ліжкова місткість становить 2050 ліжок.

Сьогодні проведення Операція Об'єднаних сил (ООС, англ. – Joint Forces Operation) передбачається виконанням Закону України «Про особливості державної політики із забезпечення державного суверенітету України на тимчасово окупованих територіях у Донецькій та Луганській областях». Операція Об'єднаних сил, фактично, є переформатуванням Антитерористичної операції (АТО) з введенням воєнного або надзвичайного стану, передавання управління від СБУ, яка формально керувала АТО, до Об'єднаного оперативного штабу ЗСУ. Початок Операції Об'єднаних сил – з 14:00 30 квітня 2018 року.

Основними відмінностями від режиму АТО є:

Повноваження з керування військовими та правоохоронними підрозділами на Донбасі переходять від СБУ до Генерального штабу, який очолює Збройні сили України.

Вводиться посада Командувача об'єднаних сил для керування всіма військовими й правоохоронними підрозділами, залученими для проведення заходів із забезпечення національної оборони та відсічі збройної агресії Росії в Донецькій і Луганських областях. Командувач об'єднаних сил призначається Президентом за поданням начальника Генштабу. Його повноваження також мають бути окремо визначені відповідним рішенням Президента. У його підпорядкуванні є Об'єднаний оперативний штаб Збройних Сил. До штабу входять усі роди Збройних Сил і правоохоронці, які перебуватимуть на території проведення заходів із нацбезпеки до виведення окупаційних військ.

Усі рішення в зоні проведення ООС на Донбасі ухвалює Командувач Об'єднаних сил.

З'явилися поняття «райони бойових дій» і «зони безпеки». «Зони безпеки» розташовані на контрольованих урядом територіях поруч із лінією розмежування. Межі «зон безпеки» визначає начальник Генерального штабу за поданням Командувача об'єднаних сил.

На території проведення ООС діє особливий порядок, який наділяє військовослужбовців розширеними правами.

Виходячи з результатів ознайомлення з діяльністю польових та стаціонарних військових лікувальних закладів, військово-медичних підрозділів на рівні тактичної медицини Збройних сил України, а також роботою волонтерів зупинимось на найбільш важливих питаннях, які потребують нагального вирішення.

Удосконалити організацію взаємодії медичних служб силових структур сектору безпеки держави, Міністерства охорони здоров'я та інших відомств. Налагодити цивільно-військову співпрацю з метою більш ефективного використання медичного ресурсу України.

Передбачити можливість підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок сил та засобів вищої з урахуванням бойової та оперативної обстановки у військах. Особливу увагу необхідно приділити підрозділам тактичної медицини на рівні батальйонів (організація їх роботи, оснащення, техніка, документація). Доцільно регламентувати діяльність медичних волонтерів в зоні АТО (ООС).

Волонтерська діяльність здійснюється за такими напрямками, які відповідають нашим аналітичним пропозиціям [12]:

надання допомоги громадянам, які постраждали внаслідок надзвичайної ситуації техногенного чи природного характеру, дії особливого періоду, правових режимів надзвичайного чи воєнного стану, проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, у результаті соціальних конфліктів, нещасних випадків, а також жертвам кримінальних правопорушень, біженцям, внутрішньо переміщеним особам;

надання волонтерської допомоги Збройним Силам України, іншим військовим формуванням, правоохоронним органам, органам державної влади під час дії особливого періоду, правових режимів надзвичайного чи воєнного стану, проведення антитерористичної операції, здійснення заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях;

надання волонтерської допомоги за іншими напрямками, не забороненими законодавством.

Звернути увагу на вирішення питань підвищення мобільності та броньованого захисту сил і засобів медичної служби Збройних сил України (напрацювання та замовлення медичних модульних формувань на автомобільному шасі в МО України є, але не досягли

етапу промислового виробництва). Необхідно створити сучасні медичні мобільні формування (підрозділи) та забезпечити їх технічними засобами мобільного розгортання медичних підрозділів, частин та установ, які повинні включати в себе пересувні модулі з автономними системами життєзабезпечення. Вимоги щодо розробки медичної техніки мають враховувати динаміку розвитку подій під час бойових дій.

Удосконалити транспортні засоби медичної евакуації, які повинні забезпечувати найкоротші терміни евакуації, бережливий режим, посилення захисту евакуйованих контингентів, надання їм екстреної медичної допомоги за життєвими показаннями під час транспортування.

Важливим моментом є створення сучасних інформаційних систем: управління військово-медичною службою всіх рівнів; створення реєстру медичних даних військовослужбовців ЗС України та інших структур сектора безпеки держави (за винятком Служби безпеки України, Служби зовнішньої розвідки України); забезпечення входження військово-медичної інформаційної системи до державної галузевої комп'ютерної мережі.

Розглянути питання щодо виділення окремого каналу зв'язку для діяльності військово-медичної служби в зоні АТО (ООС) з метою забезпечення стійкого керівництва та обміну нагальною оперативною інформацією в інтересах поранених та хворих.

Розробити та затвердити єдиний імплантований електронний ідентифікатор особи для ідентифікації поранених, постраждалих та загиблих і створення єдиної системи медичної логістики (евакуації, лікування та реабілітації).

Передбачити достатнє цільове бюджетне фінансування медичної служби ЗС України з урахуванням поєднання його з економічно виправданими страховими формами фінансування для збереження та поліпшення умов, підвищення якості надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Звернути увагу на ефективне функціонування системи підбору медичних кадрів для комплектування медичних частин та підрозділів, особливо на рівні тактичної медицини.

## Список літератури

1. Москаленко В.Ф., Шекера О.Г. *Медичне страхування — актуальна проблема військової медицини: стан і перспективи. (Інформаційно-аналітичний збірник).* — К.: ЕКМО, 2008. — 276 с.
2. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%20медицина\\_служба\\_ЗС\\_України](https://uk.wikipedia.org/wiki/%20медицина_служба_ЗС_України)
3. *Армія потребує понад півтисячі «швидких» і реанімобілів.* <https://www.unian.ua/army/932989-armiya-potrebuie-ponad-pivtisyachi-shvidkih-i-reanimobiliv.html>
4. *Ми рятували інших, не думаючи про себе", — військової медики 8 ОАСР.* <https://np.pl.ua/2018/02/my-ryatuvaly-inshyh-ne-dumayuchy-pro-sebe-vijskovi-medyku-8-oasr/>
5. *Звіт начмеда ЗСУ: все є на 90 %, меддопомога максимально наближена до «передка»* на <http://novynarnia.com/>
6. *Міноборони запрошує медиків на службу за контрактом* на <http://www.unian.ua/>
7. *У ЗСУ сформовано єдиний орган управління медичним забезпеченням* на <http://www.ukrmilitary.com/>
8. *У Воєнно-медичній доктрині закріпили перехід на медстандарти НАТО* на <http://www.unn.com.ua/uk/news/>
9. *У військах штат лікарів заповнений на 60%.* <http://mil.in.ua/>. Український мілітарний портал. 2019-07-15. Процитовано 12 вересня 2019.
10. *Наказ МОУ від 10 грудня 2019 року № 624 «Про внесення змін до Переліку органів військового управління, юрисдикція яких поширюється на всю територію України».* [https://www.mil.gov.ua/content/files/whitebook/WB\\_2020\\_FINAL.pdf](https://www.mil.gov.ua/content/files/whitebook/WB_2020_FINAL.pdf).
11. *Закон України «Про волонтерську діяльність» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2011, № 42, ст.435). {Із змінами, внесеними згідно із Законами № 1474-VI від 05.06.2009, ВВР, 2009, № 44, ст.656, № 5073-VI від 05.07.2012, ВВР, 2013, № 25, ст.252, № 246-VIII від 05.03.2015, ВВР, 2015, № 22, ст.146, № 1492-VIII від 07.09.2016, ВВР, 2016, № 43, ст.736 - положення щодо застосування апробаційних програм набирають чинності з 1 січня 2018 року, № 2249-VIII від 19.12.2017, ВВР, 2018, № 6-7, ст.43, № 2462-VIII від 19.06.2018, ВВР, 2018, № 39, ст.285, № 2671-VIII від 17.01.2019, ВВР, 2019, № 18, ст.73, № 720-IX від 17.06.2020, ВВР, 2020, № 47, ст.408}.* ■