

**Міністерство освіти і науки України
Державний торговельно-економічний університет
Вінницький торговельно-економічний інститут
Кафедра менеджменту та адміністрування**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему

**«Організація системи надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги»
(за матеріалами Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону,
м. Вінниця)**

Здобувача вищої освіти
II курсу, групи ПУА-21з(м),
спеціальності 281 «Публічне
управління та адміністрування»
освітньої програми «Публічне
управління та адміністрування»
заочної форми навчання

Дмитра
Лушнікова

Науковий керівник
канд. наук держ. упр., доцент

Ірина
Ніколіна

Гарант освітньої програми
канд. наук держ. упр., доцент

Ірина
Ніколіна

Вінниця 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНА СИСТЕМА ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА КРАЇН-ЧЛЕНІВ НАТО З УРАХУВАННЯМ ДОСВІДУ УЧАСТІ В ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ	8
1.1. Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення в Україні	8
1.2. Система лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил країн-членів НАТО	16
1.3. Лікувально-евакуаційне забезпечення на етапах надання вторинної медичної допомоги за досвідом АТО, ООС	24
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТРУКТУРИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ ПІД ЧАС ВЕДЕННЯ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ РІЗНОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ	32
2.1. Організаційно-штатна структура та основні завдання особового складу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону	32
2.2. Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності	36
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА СИСТЕМИ ЯКОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ, ТРАВМОВАНИМ ТА ХВОРИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ	51
ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	63
ДОДАТОК	73

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальним питанням в системі організації лікувально-евакуаційного забезпечення в ході бойових дій завжди залишається реалізація принципу своєчасного надання відповідного виду медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям [45]. В умовах воєнного стану всі державні структури та підприємства змушені функціонувати по-іншому. Так, протягом останнього року, в умовах повномасштабного вторгнення, організація надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації теж вдається до певних змін. Метою таких змін є зменшення безповоротних санітарних втрат та якнайшвидше відновлення боєздатності військовослужбовців [46].

Організація надання вторинної (кваліфікованої) медичної допомоги пораненим, травмованим і хворим військовослужбовцям є важливою складовою забезпечення бойової готовності армії. Воєнний конфлікт завжди є серйозним тестом для системи охорони здоров'я і військові лікарі мають важливе завдання надавати медичну допомогу в умовах небезпеки для життя та здоров'я [46].

Сучасні бойові дії характеризуються високою інтенсивністю вогневого впливу ворогуючих сторін [25]. Це обумовило зміну характеру бойової хірургічної травми в сторону її тяжкості, збільшення множинних та поєднаних уражень, які становлять (за даними бойових дій в Афганістані та Чеченській республіці) від 25 до 62%, тоді як в роки Великої Вітчизняної війни їх було не більше 14% [1, 65]. Характер поранень, уражень та травм змінився з появою нового сучасного озброєння. Тому з огляду на вище наведені факти одним з основних завдань сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення є підвищення якості, повноцінності та своєчасності надання кваліфікованої медичної допомоги.

В сучасних умовах медичне забезпечення в Україні на другому рівні (Level II MTF) надають передові військові мобільні шпиталі Міністерства Оборони

України та/або центральні районні лікарні [17, 20]. Для досягнення позитивного результату при пораненнях і ураженнях, вирішальну роль відіграє своєчасність надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги протягом перших 6 годин і як найшвидша евакуація у заклади, де надається спеціалізована медична допомога [68, 31].

Згідно з альтернативною системою лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил), що впроваджується в Збройних Силах України, Військовий мобільний госпіталь займає значне місце як заклад, який розгортає етап медичної евакуації для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим. Своєчасне надання вказаної допомоги потерпілим у перші години після поранення чи захворювання та евакуація в лікувальні заклади за призначенням має вирішальне значення збереження їх життя та отримання найкращих результатів у наступному лікуванні [62].

Слід зазначити, що існуючим комплектом сил і засобів медичної служби ЗСУ, навіть за умов його підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційного ресурсу, активного маневру силами і засобами, неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні. За таких умов виникає необхідність в організації чіткої взаємодії медичних служб Збройних Сил України, інших військових формувань і правоохоронних органів, використанні потужностей цивільних закладів охорони здоров'я, що передбачає формування єдиного медичного простору України [31, 82].

З метою подальшого удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил) пропонується розглянути варіант із розгортанням на основних евакуаційних напрямках багатoproфільних госпіталів, сформованих за рахунок існуючих стаціонарних військових або цивільних закладів охорони здоров'я, підсилених групами спеціалізованої медичної допомоги із відповідним оснащенням із завданнями надання ранньої спеціалізованої медичної допомоги

пораненим хворим, які поступають з медичних рот бригад, а також з Військових мобільних госпіталів [31, 82].

Так, наведені вище елементи та принципи мають бути об'єднані в єдину лікувально-евакуаційну систему. Відповідно до сучасних вимог вона має бути ефективною, самодостатньою, гнучкою, здатною до маневру силами та засобами медичної служби, видами та обсягом медичної допомоги, евакуаційно-транспортними потоками тощо, готовою до взаємодії [46].

Нормативно-правове забезпечення діяльності медичної служби Збройних Сил України не повною мірою відповідає сучасним вимогам і тому потребують термінового розроблення нові та суттєвої редакції діючі керівні документи щодо організації медичного забезпечення військ в різних умовах діяльності та приведення їх у відповідність до вимог Воєнної доктрини і Стратегії національної безпеки України [31, 82].

У підсумку, організація надання вторинної (кваліфікованої) медичної допомоги пораненим та хворим військовослужбовцям є надзвичайно важливим завданням, яке потребує відповідального та кваліфікованого підходу. Проте, незважаючи на такі позитивні зрушення, своєчасність та якість медичних заходів ще не задовольняють ні самих поранених, ні військове керівництво, ні керівництво держави в цілому. У державі відсутні єдині вимоги до організації надання домедичної допомоги, лікування та реабілітації військовослужбовців і цивільного населення в умовах воєнного стану під час надзвичайних ситуацій, не сформований механізм ефективної взаємодії між різними медичними службами та цивільними закладами охорони здоров'я, який би дозволяв функціонувати єдиному медичному простору [46].

Мета дослідження полягає у розробленні підходів до оцінки якості сучасної системи медичного забезпечення, науково обґрунтувати потребу в удосконаленні та запропонувати можливі напрямки удосконалення організації

надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги на етапах медичної евакуації.

Для досягнення вказаної мети необхідно виконати наступні завдання:

- провести системний аналіз вітчизняних і закордонних літературних джерел щодо функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців в умовах сучасних збройних конфліктів;
- проаналізувати структуру надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності;
- здійснити оцінку системи якості надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Об'єктом дослідження є система медичного забезпечення Збройних Сил України.

Предметом дослідження є організація надання вторинної медичної допомоги в Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону в умовах воєнного стану.

Методи дослідження. В магістерській роботі були застосовані системно-історичний, системно-структурний методи досліджень, метод системного аналізу, соціологічний метод (анкетування), метод експертних оцінок, а також математично-статистична обробка отриманих результатів.

Інформаційну базу дослідження склали матеріали праць українських та закордонних науковців, законодавча база стосовно організації медичного забезпечення на етапах медичної евакуації в умовах воєнного стану та організаційних принципів якісного надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Для досягнення поставленої мети було вивчено та проаналізовано звітну медичну документацію Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Наукова новизна полягає в узагальненні теоретичних напрацювань щодо якості надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Практична цінність визначається тим, що отримані результати дозволили визначити шляхи покращення якості надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги принаймні в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Окремі положення роботи *апробовано* на XII Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми ефективного соціально-економічного розвитку України: пошук молодих» (м. Вінниця, ВТЕІ ДТЕУ). та на X Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології» (м. Вінниця, ВТЕІ ДТЕУ, 10 жовтня 2023 р.).

Результати дослідження оприлюднювались в публікаціях:

1. Лушніков Д.С. Організація системи надання вторинної (кваліфікованої) медичної допомоги пораненим , травмованим та хворим військовослужбовцям в Україні. . *Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ ДТЕУ, 2023. Вип. 167. С. 27-35.*
2. Лушніков Д.С. Оцінка системи якості надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям в умовах військово-медичного клінічного центру центрального регіону. *Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології: зб. матеріалів X Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, м. Вінниця, 10 жовтня 2023 р. Вінниця, 2023. Ч. 2. С.236-243.*

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та пропозицій, списку використаних джерел та додатку. Список використаних джерел містить 85 найменувань, 17 з яких іноземні. В роботі наведено 10 рисунків та 2 таблиці.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНА СИСТЕМА ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА КРАЇН-ЧЛЕНІВ НАТО З УРАХУВАННЯМ ДОСВІДУ УЧАСТІ В ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

1.1. Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення в Україні

На початку третього тисячоліття Україна, її громадяни та армія виявилися втягнутими у збройний конфлікт на території власної держави, що має ознаки гібридної війни та включає в себе відкриті бойові дії різної інтенсивності, диверсійно-розвідувальні операції, сепаратизм, інформаційну війну та економічне протистояння на регіональному та міжнародному рівнях [24, 49].

У зв'язку з реформуванням Збройних Сил України та її медичної служби зокрема, підвищився інтерес до досвіду військово-медичних служб зарубіжних армій і, насамперед, до організації медичного забезпечення Збройних Сил країн НАТО. Політична і воєнна конфронтація, що домінувала у радянський час, змінилась співробітництвом у програмі «Партнерство заради миру» та у ряді інших програм. Військові медики України обмінюються інформацією і практичним досвідом з питань організації медичного забезпечення, з науково-дослідних робіт і технологій НАТО, до складу якої входить напрямок «Людський фактор і медицина», а також з медичними службами провідних членів блоку (США, Німеччина, Великобританія тощо) [5].

В цілому реформи Збройних Сил в країнах НАТО спрямовані на створення добре оснащених, мобільних Збройних Сил, здатних ефективно вирішувати поставлені завдання в складі об'єднаних коаліційних сил в будь-яких умовах їх застосування [5, 72, 83].

У зв'язку з намірами політичного керівництва країни підготувати умови до вступу України в НАТО, підвищується необхідність уніфікації принципів і

стандартів медичного забезпечення Збройних Сил України з відповідними принципами і стандартами Альянсу.

Структура і організація сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України підпорядкована єдиній меті – збереження життя та якнайскоріше відновлення боє- і працездатності можливо більшому числу поранених та хворих і у загальному вигляді полягає у проведенні своєчасних, послідовних і спадкоємних лікувальних заходів на полі бою та етапах медичної евакуації, де їм може бути надана радикальна, а бажано й вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання [54, 6, 7, 8, 62].

В умовах загрози національній безпеці України особливого значення набуває організація заходів із надання медичної допомоги пораненим, їх лікування з метою збереження життя та відновлення боєздатності. Лікування та реабілітація цих поранених вимагають більших матеріальних витрат, і це важким тягарем лягає на систему охорони здоров'я [50].

В сучасних умовах питання найбільш доцільної організаційної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби, а також раціональне їх використання набуває особливої гостроти. Максимально можливе наближення сил та засобів медичної служби до бойових порядків військ можна досягти двома способами:

- створення у військах досить потужного штатного угруповання сил та засобів медичної служби;
- підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок вищої.

Тому проблема удосконалення організації надання вторинної медичної допомоги на етапах медичної евакуації в умовах воєнного стану лишається відкритою та потребує негайного вирішення.

В умовах ведення гібридної війни на сході країни надання якісної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, їх повноцінне лікування та

реабілітація, із застосуванням новітніх технологій є найвищим пріоритетом держави [50].

Збройна боротьба, в наш час, є основою воєнних конфліктів. Її характерними рисами є: широке застосування новітніх систем озброєння та військової техніки, в тому числі й високоточної зброї, засобів повітряного нападу, розвідки та радіоелектронної боротьби, високоманеврові (мобільні) дії військ (сил) на різних напрямках із широким застосуванням сил швидкого реагування, аеромобільних військ, десантів і військ спеціального призначення.

Більш широкого використання набувають спеціальні (неконтактні) способи ведення збройної боротьби (спеціальних операцій), дальнє вогневе та електронне ураження, а також підривні дії. Одночасно противник вражає війська (сили), об'єкти тилу, економіки та комунікацій на всій території сторін-учасників ВК.

Важливим моментом вирішення конфліктів в наш час є інформаційна війна, оскільки постійно зростає роль та значення протиборства з використання новітніх інформаційних технологій.

За останні роки значно розширилась географія природних і техногенних катастроф, а також міжетнічних та територіальних протиріч, які в ряді випадків переростають у внутрішній збройний конфлікт [41].

ЗК власне за своєю характеристикою протистояння поділяються на конфлікти низької, середньої та високої інтенсивності.

В сучасних ЗК збільшується потреба поранених в терапевтичній допомозі, оскільки значне місце серед бойових уражень займають радіаційні ураження (променева хвороба) і ураження отруйними речовинами, які можуть часто поєднуватись із різними травмами [4, 12].

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення ґрунтується на своєчасному, послідовному та спадковому проведенні пораненим і хворим необхідних лікувальних заходів на полі бою та на етапах медичної евакуації у поєднанні з їх евакуацією до лікувальних частин і закладів, які забезпечують

надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію [18].

Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) являє собою складну високоорганізовану систему, успішне функціонування та удосконалення якої можливо тільки на основі розвиненої матеріально-технічної бази військової та цивільної охорони здоров'я і загальних, прийнятих на воєнний час, принципів організації та єдиної методики управління їх силами та засобами, забезпечення підготовленими керівними кадрами та достатньою кількістю кваліфікованих спеціалістів.

Основу сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України становить система етапного лікування поранених і хворих з їх наступною евакуацією за призначенням та реабілітацією [58, 36, 34, 33, 32, 54].

У сучасній системі ЛЕЗ особливе значення має своєчасність надання медичної допомоги, спадкоємність і послідовність лікувальних заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування поранених і хворих та послідовне нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації. Медична допомога повинна бути надана у терміни, які будуть оптимальними для наступного відновлення здоров'я пораненого і хворого (перша лікарська допомога протягом 4-5 год., кваліфікована медична допомога – 8-12 год. з моменту поранення (захворювання), а при ураженнях фосфорорганічними сполуками – перша лікарська допомога протягом 2–4 год., кваліфікована терапевтична допомога – 6-8 год. з моменту появи ознак інтоксикації) [16, 65].

Своєчасність медичної допомоги досягається організацією безперервного вивозу (виносу) поранених і хворих з поля бою (осередків масового ураження), швидкою їх доставкою на етапах медичної евакуації та правильною організацією їх роботи. Суттєве значення має також наближення етапів медичної евакуації до

військ і своєчасне їх висування до районів і рубежів масових санітарних втрат [16, 65].

Своєчасність надання медичної допомоги є найважливішим чинником, який впливає на видужування і повернення до строю, тим самим визначаючи етапність системи лікувально-евакуаційних заходів [16, 65].

Спадкоємність у лікуванні поранених і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях і захворюваннях, єдиними методами їх лікування та профілактики. Обов'язковою умовою спадкоємності медичної допомоги являється чітке ведення медичної документації, оскільки без неї неможливо знати, яка медичної допомоги вже надана на попередньому етапі медичної евакуації і, як наслідок, що потрібно робити далі [16, 65].

Послідовність у лікуванні поранених і хворих полягає у збільшенні обсягу медичної допомоги та в ускладненні технології її надання на послідуєчих етапах медичної евакуації [16, 65].

Сучасні воєнні конфлікти втратили риси, що притаманні війнам минулого, – широкі фронти, ешелонування сил і засобів, тилове забезпечення від поля бою до віддалених територій вглиб країни. Вони стали асиметричними – немає чіткої постійної лінії фронту, є окремі осередки збройного протистояння, що швидко змінюють локалізацію, потребують мобільності як самих бойових підрозділів, так і всіх служб забезпечення. Найголовнішим транспортом сполучення між окремими підрозділами та тиловими базами є авіація. За таких умов доцільно здійснювати перехід від традиційних для Збройних Сил України визначень і форм медичного забезпечення військ до сучасних міжнародних, які виправдали себе при ЗК останніх років. Це дало привід для формування доктрини окремих рівнів надання медичної допомоги з чітко визначеними її обсягами. За умови застосування авіації будь-який рівень у будь-який момент часу може бути розташований там, де того потребують бойові обставини. Він може бути

підсилений мобільними передовими групами вищого рівня (і, відповідно, наблизити хірургічну допомогу до зони бойових дій) з метою дотримання трьох сучасних вимог до військової медицини – збереження життя, зору та кінцівок [17, 52].

Відповідно до вимог Організації Об'єднаних Націй, медичне забезпечення особового складу, що залучається до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки, здійснюється за п'ятьма рівнями, які визначають якісну характеристику лікувально-евакуаційних заходів на етапах медичної евакуації, що задіяні для надання медичної допомоги, її вид і обсяг, а також евакуаційно-транспортні особливості [85, 69, 71, 73, 78, 77, 80, 81].

Базовий рівень передбачає надання першої медичної допомоги та долікарської медичної допомоги; збір та евакуацію поранених з поля бою; профілактику бойових стресових станів; запобігання захворюванням і не бойовим травмам [19, 16, 65].

Головне завдання полягає у порятунку життя поранених у перші хвилини після травми, стабілізації їх стану та підготовки до евакуації на наступний рівень. На полі бою перша допомога здійснюється військовослужбовцями в порядку само- та взаємодопомоги, санітаром або санітарним інструктором, долікарська медична допомога – фельдшером [19, 16, 65, 85, 15, 84, 30, 55].

Перший рівень передбачає надання першої лікарської допомоги в медичному пункті батальйону або медичній роті, протягом однієї години після поранення, відповідно до стандартів надання первинної медичної допомоги, які прийняті в мирний час і включає наступні основні завдання: санітарно-гігієнічні заходи; попередження бойового стресу; збір і сортування поранених, травмованих і хворих; реанімація і стабілізація їх стану та підготовка до евакуації. Може надаватись як у мінімальному, так і в повному обсязі. Мінімальний обсяг складається з невідкладних заходів першої лікарської

допомоги. Повний обсяг включає в себе невідкладні та відтерміновані заходи [19, 16, 65, 15, 84, 30, 55].

Другий рівень передбачає надання кваліфікованої медичної допомоги за невідкладними і терміновими показаннями у Військовому мобільному госпіталі (військово-польовому пересувному госпіталі) лікарями-фахівцями (хірургами, терапевтами), протягом 4-6 годин після поранення. На медичні підрозділи другого рівня покладені наступні завдання: евакуація на себе і сортування поранених та хворих; реанімація, стабілізація стану та підтримуюче лікування тих поранених, травмованих і хворих, які потребують подальшої евакуації; лікування поранених та хворих з нетривалими термінами відновлення боєздатності; регламентований перелік заходів хірургічної допомоги з метою збереження життя та кінцівок, інтенсивна терапія, стоматологічна допомога, лабораторні та рентгенологічні дослідження, переливання препаратів крові та кровозамінників відповідно до стандартів надання медичної допомоги, прийнятих за мирного часу – включає мінімальний та скорочений обсяг кваліфікованої медичної допомоги. Мінімальний обсяг складається з невідкладних заходів, а скорочений – з невідкладних і термінових заходів кваліфікованої медичної допомоги. При затримці евакуації потерпілого на етапах медичної евакуації другого рівня можливе проведення відтермінованих заходів кваліфікованої медичної допомоги [19, 16, 65, 15].

Третій рівень включає кваліфіковану хірургічну і терапевтичну допомогу в повному обсязі, спеціалізовану медичну допомогу в мінімальному обсязі або в повному обсязі, яка надається протягом 12-24 годин після поранення, у Військовому мобільному госпіталі та стаціонарних військово-медичних закладах (територіальних госпітальних базах) [16, 65].

Медичні заклади третього рівня мають діагностичну базу і можливості надавати спеціалізовану хірургічну (нейрохірургічну, офтальмологічну, ЛОР, щелепно-лицеву, торако-абдомінальну, урологічну, травматологічну, судинну,

комбустіологічну тощо), терапевтичну, стоматологічну допомогу, проводити інтенсивну терапію та післяопераційне лікування, сестринський догляд. На третьому рівні застосовують стандарти надання вторинної і третинної медичної допомоги, які прийняті за мирного часу. Третій рівень медичної допомоги розв'язує такі головні завдання: евакуація з першого та другого рівнів; сортування поранених і хворих; реанімація, стабілізація та підготовка поранених і хворих для подальшої евакуації; медичної допомоги та тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених і хворих; лікування поранених і хворих, перспективних до повернення до строю у визначені терміни; підсилення другого рівня медичного забезпечення персоналом та медичним майном; стоматологічна допомога, надання допомоги при бойовому стресі, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи в районі розгортання [19, 16, 65, 15].

Четвертий рівень включає спеціалізоване лікування з використанням високотехнологічного обладнання, яка надається у спеціалізованих відділеннях (клініках) або спеціалізованих військово-медичних і цивільних закладах охорони здоров'я. Вони забезпечують надання вичерпної медичної допомоги для остаточного відновлення ушкоджених структур і функцій та реабілітацію поранених і хворих з термінами лікування більшими, ніж визначені евакуаційною політикою, або для лікування яких наявні ресурси третього рівня недостатні [19, 16, 65, 15].

В сучасних умовах, при виникненні масових санітарних втрат і нерівномірності їх розподілу за часом і місцем (тобто у різних елементах бойових порядків та оперативної побудови військ) принципового значення набуває другий спосіб – якомога більш широкий маневр силами та засобами медичної служби, що здійснює вища ланка в інтересах нижчої. Це, так званий, «маневр з глибини». Останній, як відомо, передбачає концентрацію достатньої кількості сил та засобів медичної служби в руках старшого начальника і централізованого їх використання в інтересах всієї підлеглої служби [12].

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення включає також медичну реабілітацію. Медична реабілітація включає комплекс лікувальних і медико-психологічних заходів пораненим військовослужбовцям з метою найшвидшого відновлення їх боє- і працездатності, а в разі інвалідності – якнайшвидшої адаптації до цивільного життя. Проводиться на етапах медичної евакуації як елемент медичної допомоги, а після закінчення спеціалізованого лікування триває в реабілітаційних центрах і санаторіях Міністерства оборони та Міністерства охорони здоров'я України [19, 16, 65, 15].

1.2. Система лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил країн-членів НАТО

Медична допомога в системі лікувально-евакуаційного забезпечення надається на прогресуючій основі. Вона охоплює чотири рівні (ешелони) медичного забезпечення, які визначають функції та завдання суб'єктів медичної діяльності [5, 29].

В сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення країн Альянсу важливим є створення всебічної системи управління наданням медичної допомоги пацієнтам із загальною стандартизованою інформаційною базою. Така система спростить відстеження пацієнтів, медичне регулювання, збереження медичної документації, а також обробку інформації. Доступ до неї надається уповноваженим особам за допомогою засобів зв'язку та інформаційної системи з театру воєнних дій.

В інтересах більш швидкої доставки пораненого (хворого) до місця остаточного лікування, один або декілька рівнів (ешелонів) у процесі евакуації можуть бути пропущені.

Термін «рівень» («ешелон») використовується на практиці з метою класифікації лікувальних установ відповідно до їх можливостей і функцій. Він не

прив'язується до будь-якого конкретного типу медичних підрозділів або оперативної ділянки. Вищі рівні (ешелони) успадковують функції і можливості нижчих. При необхідності функції та можливості нижчого рівня (ешелону) можуть бути підсилені медичними групами (бригадами) вищого рівня. Доктрина наголошує на важливості повернення максимальної кількості поранених і хворих до строю з якомога нижчого рівня (ешелону) медичного забезпечення.

В НАТО затверджено пакет принципів і стратегій медичного забезпечення, дотримання яких є обов'язковим для усіх країн-учасниць в рамках спільних операцій (воєнних, миротворчих, гуманітарних), очолюваних Альянсом.

Воєнна доктрина підтримує комплексну систему охорони здоров'я для якнайоперативнішого сортування, лікування, вивезення та повернення поранених на службу. Функціонування системи починається з поранення на полі бою та закінчується у віддалених госпіталях безпечних зон. Подання допомоги починається з першої реакції (самодопомога, допомога другові та допомога бійця-рятувальника), швидко проходить етапи догляду за пораненим в тактичному бою (допомога під час обстрілу, допомога під час тактичного бою та допомога під час евакуації з місця тактичного бою) та сучасного лікування травм до стабілізаційної операції, після чого відбувається транспортування реанімобілем до місця подання допомоги вищого рівня, де можна проводити складніше лікування [52, 53].

Однією з основних характеристик організації сучасної охорони здоров'я є поширення медичних ресурсів та можливостей на установи різного рівня командування, у різних локаціях та з можливостями, що постійно удосконалюються. Це називається «чотири етапи допомоги». За звичай, жодний з етапів не пропускають, за винятком причин медичної терміновості, ефективності та доцільності. Основна причина такого правила – необхідність забезпечити стабілізаційний стан і виживання пацієнта під час лікування тяжких травм та попередніх реанімаційних операцій перед перевезенням до іншого

лікувального закладу. Різні етапи позначають відмінності у можливостях та догляді. Кожний наступний етап включає можливості попереднього та розширює їх [52, 53].

Етап 1 – це догляд на місці поранення:

- Допомога особи з базовими знаннями невідкладної допомоги: перша допомога та невідкладні заходи для збереження життя, надані самотійно, товаришами або бійцями-рятувальниками (членами немедичної команди (загону), навченими подавати першу допомогу.

- Допомога санітарного інструктора чи санітара, який володіє доглядом за пораненим в тактичному бою. Додаткові особи, які подають допомогу на полі бою, – сержанти-медики військ особливого призначення, незалежні санітари-розвідники-диверсанти сил спеціального призначення, спеціальні корабельні санітари, парашутисти аварійно-рятувальної служби та медичні працівники молодшої та середньої ланки військ спеціального призначення.

Допомога Етапу 1 для Сухопутних військ надається в медичному пункті батальйону та включає сортування, лікування та вивезення поранених і хворих з поля бою. Допомогу в догляді за пораненим в тактичному бою подає лікар, фельдшер або санітар з метою повернення в стрій або стабілізації стану пораненого (хворого) військовика, а також його вивезення до лікувального закладу наступного рівня. В умовах медичного пункту батальйону немає можливості проводити операції чи утримувати пацієнтів [52, 53].

Етап 2 включає базову першу допомогу. Даний етап може також включати оптометрію; регулювання бойового та робочого стресу й охорону психічного здоров'я; функціональні можливості (при збільшенні) передбачають здійснення стоматологічних і хірургічних маніпуляцій та проведення лабораторних і радіографічних обстежень. Етап 2 має більші медичні можливості, ніж Етап 1, але обмежену кількість ліжок для стаціонарних пацієнтів, а також є мобільним на

100%. На цьому етапі кожен вид військ має дещо інші підрозділи [52, 53].

Медичні ресурси Етапу 2 розміщені в медичній роті при батальйоні тилового забезпечення бригади, а також в медичній роті в групі підтримки в межах району. Медична рота при батальйоні тилового забезпечення бригади закріплена за збірними бригадами, які включають бронетанкову бригадну бойову тактичну групу, піхотну бригадну бойову тактичну групу, бригадну бойову групу, озброєну в основному бойовою машиною піхоти «Stryker», та медичну групу в розвідувальному полку. Медична рота в групі підтримки в межах району подає безпосередню допомогу збірній бригаді та підтримує формування вище рівня бригади [52, 53].

Лікувальні заклади Етапу 2 розташовані в лікувальних закладах лікувального взводу медр (підрозділу). Вони включають основне (невідкладне) лікування (допомога тяжким травматологічним пацієнтам). На даному етапі є можливість доставки еритроцитарної маси (розчину), проте обмежені можливості рентгену, клінічної лабораторії, стоматологічної допомоги, регулювання бойового та робочого стресу, профілактичної медицини. Етап 2 передбачає лікування пацієнтів, які можуть повернутися до виконання обов'язків протягом 72 годин [52, 53].

На даному етапі може розгортатись передова хірургічна група підсилення, яка приписана до медичного командування або медичної бригади, якщо не задіяна разом із медичною ротою – закріплена за польовим госпіталем. Передова хірургічна група підсилення надає хірургічні можливості швидкого розгортання, що дає змогу пацієнтам перенести подальшу евакуацію. Вона надає хірургічну підтримку в складі бригадної тактичної групи. Бригада забезпечує хірургічне лікування постраждалих із політравмами та тяжко пораненим пацієнтам, яких не можна перевозити на велику відстань без хірургічного втручання та стабілізації [52, 53].

Передова хірургічна група підсилення надає рятувальну реанімаційну

хірургію, включаючи загальні, ортопедичні та обмежені нейрохірургічні процедури. Команда складається з 20 осіб (1 хірург-ортопед, 3 хірурги загальної практики, 2 медсестри-анестезистки, медсестри по догляду за тяжкохворими і техніки). Передова хірургічна група підсилення може працювати без перерви до 72 годин і включає 2 операційні столи на мінімум 10 пацієнтів на день; загалом – 30 операцій протягом 72 годин; може забезпечити післяопераційну інтенсивну терапію 8 пацієнтам протягом максимум 6 годин. Логістичну безпеку та підтримку передової хірургічної групи підсилення, а також рентген, лабораторію та адміністративне забезпечення пацієнта забезпечує медична рота підтримки [52, 53].

У межах Етапу 3 пацієнта лікують у медичному закладі, в якому є персонал і обладнання для подання допомоги (зокрема реанімацію, хірургію первинних ран, хірургічне лікування постраждалих із політравмами та післяопераційне лікування) усім категоріям пацієнтів. Даний етап надання допомоги розширює можливості, які пропонує Етап 2. Пацієнти. Яких не можна перевозити на великі відстані, отримують хірургічне лікування в найближчих до підтримуваної частини госпіталів – наскільки це дозволяє тактична ситуація [52, 53].

В межах Етапу 3 пацієнта лікують в медичному закладі, в якому персонал і обладнання для подання допомоги (зокрема реанімацію, хірургію первинних ран, хірургічне лікування постраждалих із політравмами та післяопераційне лікування) усім категоріям пацієнтів. Даний етап надання допомоги розширює можливості, які пропонує Етап 2. Пацієнти, яких не можна перевозити на великі відстані, отримують хірургічне лікування в найближчих до підтримуваної частини госпіталів – наскільки це дозволяє тактична ситуація. Цей етап включає заходи для евакуації пацієнтів із підтримуваних частин, подання допомоги усім категоріям пацієнтів у лікувальному закладі з кваліфікованим персоналом та належним оснащенням, забезпечення підтримки за територіальним принципом частинам, які не мають власних медичних ресурсів [52, 53].

В умовах Етапу 3 розгортається польовий госпіталь на 248 ліжок, який забезпечує госпіталізацію та амбулаторне лікування для всіх категорій пацієнтів в межах театру воєнних дій. Він складається із штабу та штабного підрозділу, а також двох повністю функціональних медичних рот: на 84 та 164 ліжка відповідно. Загалом у госпіталі є 4 палати інтенсивного догляду за хворими на 48 пацієнтів та 100 палат для проміжного рівня медичної допомоги на 200 пацієнтів [52, 53].

Польовий госпіталь подає допомогу, має ресурси для прийому, сортування та підготовки прийнятих пацієнтів до операцій, хірургічного лікування (загального, ортопедичного, торакального, урологічного, гінекологічного, та щелепно-лицевого), для чого передбачено 6 операційних столів та персонал, який може забезпечити 96 операційних годин на добу. Консультації для стаціонарних та амбулаторних пацієнтів включають підтримку в рамках району для підрозділів, які не мають власних медичних ресурсів, а також пропонує послуги фармацевта, психіатра, валеолога, фізіотерапевта, клінічної лабораторії, заготівлі крові, радіології та дієтолога [52, 53].

Блок ранньої госпіталізації (44 ліжка) може забезпечити до 72 годин автономних операцій без поповнення запасів. Може забезпечити госпіталізацію 44 пацієнтів у двох палатах інтенсивного догляду на період до 24 годин, а також в одній палаті проміжного рівня медичної допомоги на 20 пацієнтів. Блок безперервної госпіталізації (40 ліжок) підсилює можливості блоку ранньої госпіталізації. Надає послуги спеціалістів для амбулаторних пацієнтів та лікарняні ліжка проміжного рівня медичної допомоги. Разом два блоки формують об'єднання на 84 ліжка [52, 53].

Медична рота (164 ліжка) складається з двох палат, які можуть забезпечити інтенсивний медичний догляд 24 пацієнтам, а також семи палат, які можуть надати проміжний рівень медичної допомоги 140 пацієнтам [52, 53].

Польовий госпіталь може бути підсилений одним або двома медичними

загонами, додатковими групами медиків або медичних команд. Вони можуть включати медичні загони мінімальної допомоги, польові хірургічні групи, додаткова медична група (голова і шия), додаткова медична група (спеціального догляду), додаткова медична група (клінічні лабораторні дослідження), медична бригада (нирковий гемодіаліз), медична бригада (інфекційні хвороби) [52, 53].

Медичні загони мінімальної допомоги можуть забезпечувати мінімальну допомогу або догляд за пацієнтами, які видужують, догляд за пацієнтами та реабілітацію для допомоги госпіталям Етапу 3 [52, 53].

Польові хірургічні групи підсилюють хірургічні послуги польового госпіталю завдяки своїм ресурсам надання загального та ортопедичного хірургічного лікування під час базування разом із медичної роти для надання прогресивного реанімаційного хірургічного лікування та хірургічного лікування пацієнтів з політравмами [52, 53].

Додаткова медична група (голова і шия) надає спеціальне хірургічне лікування пацієнтам, які потребують хірургічного лікування вух, горла та носа, нейрохірургічного лікування та операцій на очах, з метою підсилення польового госпіталю та надання консультацій спеціалістів. Додаткова група (голова і шия) – єдина організація, яка має право на комп'ютерний томограф [52, 53].

Додаткова медична група (спеціального догляду) забезпечує допомогу в проведенні досліджень клінічній лабораторії польового госпіталю та спеціалізованим консультативним службам [52, 53].

Додаткова медична група (клінічні лабораторні дослідження) забезпечує допомогу в проведенні досліджень клінічній лабораторії польового госпіталю та спеціалізованим консультативним службам [52, 53].

Медична бригада (нирковий гемодіаліз) забезпечує нирковий гемодіаліз для пацієнтів з нирковою недостатністю, а також надає консультації [52, 53].

Медична бригада (інфекційні хвороби) забезпечує вивчення інфекційних хвороб, вживає заходи для контролю за розповсюдженням хвороби, забезпечує

доступ до системи охорони здоров'я і надає консультації. Ця бригада може включати або співпрацювати з бригадою інтенсивної терапії, яка має медсестру профілактичної медицини (дільничну медсестру), в тих випадках, коли необхідно вжити заходи з охорони здоров'я [52, 53].

Медична допомога Етапу 4 надають у госпіталях, які розташовані у віддалених безпечних зонах. У США в разі мобілізації передбачено розширення можливостей військових госпіталів і включення Міністерства у справах ветеранів США та ліжок у цивільних лікарнях до системи медичного забезпечення під час стихійних лих, щоб відповідати збільшеним потребам, які виникають внаслідок евакуації пацієнтів з районів бойових дій [52, 53].

Доктрина НАТО виділяє мінімальний або базовий та розширений обсяг медичної допомоги у польових умовах. Мінімальний обсяг є обов'язковим і не може бути зменшеним за жодних обставин. Розширений обсяг забезпечується шляхом виділення медичній частині або лікувальній установі додаткових сил і засобів з метою виконання заходів більш високого рівня.

Вся відповідальність за планування та організацію ефективної системи медичної евакуації покладається на медичний штаб об'єднаних збройних сил, що координує процес евакуації в театрі воєнних дій разом з оперативним відділом і відділом матеріально-технічного забезпечення. В свою чергу, військове командування забезпечує виділення транспортних літаків для здійснення аеромедичної евакуації, визначає безпечні маршрути, здійснює їх захист від можливого ураження противником [47, 48].

Виділяють дві категорії евакуації:

- в межах театру воєнних дій. Евакуація здійснюється в театрі – з місця поранення на відповідний рівень медичного забезпечення;
- евакуація пацієнтів за межі театру воєнних дій. Евакуація проводиться, як правило, з третього на четвертий рівень (на батьківщину або в госпітальні бази союзників). Відповідальність за даний вид евакуації несуть країни-члени;

координує їх діяльність начальник медичних служб об'єднаних збройних сил [74, 75, 76].

Важливу роль у системі лікувально-евакуаційних заходів відіграє координаційний центр з проведення евакуації, що підтримує зв'язок з головними суб'єктами системи. Він повинен входити до складу координаційної структури театру воєнних дій і співпрацювати з національними групами медичної взаємодії. Центр підпорядкований начальнику медичних служб театру воєнних дій [13, 64, 79].

1.3. Лікувально-евакуаційне забезпечення на етапах надання вторинної медичної допомоги за досвідом АТО, ООС

В сучасних умовах медичного забезпечення під час проведення АТО та ООС в Україні допомогу другого рівня (Level II MTF) надають передові військові мобільні шпиталі Міністерства оборони України та/або центральні районні лікарні [17].

Сучасні бойові дії характеризуються високою інтенсивністю вогневого впливу ворогуючих сторін. Це обумовило зміну характеру бойової хірургічної травми в сторону її тяжкості, збільшення множинних та поєднаних уражень, які становлять (за даними бойових дій в Афганістані та Чеченській республіці) від 25 до 62%, тоді як в роки Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. їх було не більше 14% [33]. Такі показники вимагають значно підвищити якість, повноцінність та своєчасність надання кваліфікованої медичної допомоги.

Для досягнення позитивного результату при пораненнях і ураженнях, вирішальну роль відіграє своєчасність надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги протягом перших 6 годин і як найшвидша евакуація у заклади, де надається спеціалізована медична допомога [33, 68].

Згідно з альтернативною системою лікувально-евакуаційного забезпечення військ, що впроваджується в Збройних Силах України, Військовий мобільний госпіталь займає значне місце як заклад, який розгортає етапи медичної евакуації для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим. Своєчасне надання вказаної допомоги потерпілим у перші години після поранення чи захворювання та евакуація в лікувальні заклади за призначенням має вирішальне значення збереження їх життя та отримання найкращих результатів у наступному лікуванні [62].

З одного боку набутий медичною службою досвід гостро поставив питання щодо підвищення мобільності та автономності медичних підрозділів та частин, які залучаються для надання медичної допомоги в надзвичайних ситуаціях та під час збройних конфліктів (воєнних конфліктів) [70]. З іншого – створення сил негайного реагування потребує наукового обґрунтування та розробки принципово нової системи медичного забезпечення військ (сил) Збройних Сил України зі створенням відповідних мобільних формувань медичної служби. В даному контексті виключно важливим заходом щодо адаптації вітчизняної військово-медичної служби до вимог часу стали тактико-спеціальні навчання з розгортанням Військового мобільного госпіталю [33, 70].

Відповідно до директиви Міністра оборони України від 15 травня 2007 року на базі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону був сформований 59 Військовий мобільний госпіталь, а також сформовано ще 3 Військових мобільних шпиталі в підпорядкуванні інших Військово-медичних клінічних центрів.

Військовий мобільний госпіталь утримується за окремим штатом, підпорядковується начальнику відповідного Військово-медичного клінічного центру, на особливий період може знаходитись в оперативному підпорядкуванні начальника медичної служби з'єднання.

У своїй діяльності Військовий мобільний госпіталь керується Конституцією України, законними та підзаконними актами Президента України, Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України. В район виконання завдань Військовий мобільний госпіталь направляється за рішенням Міністра оборони України.

Військовий мобільний госпіталь (багатопрофільний, на 100 ліжок) є мобільним, спеціалізованим, багатопрофільним лікувальним закладом Збройних Сил України, призначеним для надання пораненим і хворим військовослужбовцям, а також цивільним особам у випадках, передбачених законодавством, перша лікарська, кваліфікована з елементами спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та підготовки до евакуації в лікувальні заклади вищого рівня як у воєнний, так і у мирний час [51].

Для вирішення зазначених завдань Військовий мобільний госпіталь у своєму складі має управління, основні підрозділи та підрозділи забезпечення. Управління Військового мобільного госпіталю здійснює загальне керівництво роботою госпіталю. Основні підрозділи Військового мобільного госпіталю призначені для приймання, сортування, надання першої медичної, кваліфікованої та окремих елементів спеціалізованої медичної допомоги пораненим (ураженим) та хворим. Підрозділи забезпечення призначені для всебічного забезпечення діяльності Військового мобільного госпіталю [51].

Медичні підрозділи військових частин і з'єднань, Військових мобільних госпіталів, розгортають етапи медичної евакуації в зоні застосування військ, повинні вже за мирного часу мати повноцінну організаційно-штатну структуру побудовану за модульним принципом. Це досягається уніфікацією структури однотипних підрозділів і дає змогу окремим медичним структурно-організаційним елементам самостійно виконувати покладені завдання, швидко та ефективно проводити підсилення етапів медичної евакуації, забезпечувати

взаємозамінність їх структурних елементів, спадкоємність у роботі та можливість відновлення функціональної спроможності структур шляхом їх заміни аналогічними [31].

Комплектно-табельне оснащення військово-медичної служби, насамперед, медичних підрозділів військових частин і з'єднань, Військового мобільного госпіталю, має бути подвійного призначення. Це дасть змогу ще в мирний час прищепити медичному персоналу впевнені навички його використання як у стаціонарних медичних пунктах (медичних ротах), так і в польових умовах уникнути необхідності утримувати 2 комплекти медичного оснащення: один – на мирний час, другий – на особливий період. Потребує розгляду та вирішення питання забезпечення етапів медичної евакуації, що розгортаються в польових умовах, одноразовим хірургічним інструментарієм та іншими стерильними витратними матеріалами. Кількість запасів медичного майна і витратних матеріалів має забезпечувати надання медичної евакуації встановленого виду та обсягу прогнозованій кількості санітарних втрат, передбачити автономні дії, а також можливість їх поповнення [31].

Медичні пункти, медичні роти, Військові мобільні госпіталі, які є передовими етапами медичної евакуації, мають бути забезпечені сучасними засобами підтримання життєдіяльності в польових умовах, що б гарантувало їх мобільність, автономність, найкоротші терміни для розгортання та згортання, стабільне електроживлення, водо- та теплопостачання. Це можливо реалізувати через забезпечення сучасним пневмо- або каркасним наметовим фондом, обладнанням окремих функціональних підрозділів (перев'язувальна, операційна, лабораторія тощо) в готових до застосування модулях або контейнерах на автомобільному шасі. Автомобільний та спеціальний транспорт, інженерні засоби та техніка мають бути в постійній готовності до використання [31].

Медична служба повинна мати заздалегідь підготовлені сили та засоби для підсилення кожного елементу системи лікувально-евакуаційного забезпечення.

Ними можуть бути: окремі медичні працівники, у тому числі лікарі, лікарсько-сестринські бригади, групи медичного підсилення, багатoproфільні та спеціалізовані медичні групи з відповідним медичним та іншим оснащенням, а також санітарно-транспортними засобами медичної евакуації. Зазначені сили та засоби мають бути мобільними і готовими до висування, підсилення медичної служби військових частин, підрозділів або тактичних груп, розгортання та роботи на базі Військового мобільного госпіталю або визначених стаціонарних закладів охорони здоров'я на евакуаційному напрямку [31].

Військового мобільного госпіталю може функціонувати як за штатом мирного часу (згорнутий стан), так і за штатом воєнного часу (розгорнутий стан).

Згорнутий стан – режим функціонування Військового мобільного госпіталю за штатом мирного часу з метою зберігання медичного та матеріально-технічного майна госпіталю, проведення профілактично-регламентних робіт, освіження, поновлення запасів медикаментів, продовольства, паливно-мастильних матеріалів, підтримання постійної готовності Військового мобільного госпіталю до виїзду для виконання завдань за призначенням.

У згорнутому стані завданням Військового мобільного госпіталю є підтримання матеріальної частини госпіталю у постійній готовності до виїзду в заданий район з наступним розгортанням для виконання завдань за призначенням [62, 51].

Організаційно-штатна структура Військово-медичного клінічного центру мирного часу має забезпечувати їх спроможність щодо доукомплектування в найкоротші терміни Військового мобільного госпіталю особовим складом, формування груп медичного підсилення та груп спеціалізованої медичної допомоги, забезпечення їх майном та витратними медичними засобами [31].

Розгорнутий стан – режим функціонування Військового мобільного госпіталю за штатом воєнного часу та у разі виникнення надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, із залученням особового складу згідно

з планом переміщення відповідного Військово-медичного клінічного центру. Оповіднення особового складу проводиться за спеціально встановленою схемою, що затверджується начальником Військово-медичного клінічного центру.

На особливий період необхідно передбачити можливість підвищення потужностей стаціонарних лікувально-профілактичних закладів (Військово-медичного клінічного центру, Військового мобільного госпіталю, центрів медичної реабілітації та санаторіїв) та їх спеціалізацію шляхом збільшення ліжкової місткості та поповнення фахівцями визначених медичних спеціальностей із числа мобілізаційного резерву [31].

Слід зазначити, що існуючим комплектом сил і засобів медичної служби Збройних Сил України, навіть за умов його підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційного ресурсу, активного маневру силами і засобами, неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні. За таких умов виникає необхідність в організації чіткої взаємодії медичних служб Збройних Сил України, інших військових формувань і правоохоронних органів, використанні потужностей цивільних закладів охорони здоров'я, що передбачає формування єдиного медичного простору України [31].

З метою подальшого удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил) пропонується розглянути варіант із розгортанням на основних евакуаційних напрямках багатoproфільних госпіталів, сформованих за рахунок існуючих стаціонарних військових або цивільних закладів охорони здоров'я, підсилені групами спеціалізованої медичної допомоги із відповідним оснащенням із завданнями надання ранньої спеціалізованої медичної допомоги пораненим хворим, які поступають із медичних рот бригад, а також з Військових мобільних госпіталів [31].

Для проведення завершального спеціалізованого лікування поранених та хворих з тривалими термінами відновлення боє- та працездатності потребують завчасної підготовки Територіальних госпітальних баз Міністерства охорони

здоров'я України, кількість і розташування яких визначається відповідною постановою Кабінету Міністрів України і на даний час потребують уточнення.

Наведені вище елементи та принципи мають бути об'єднані в єдину лікувально-евакуаційну систему. Відповідно до сучасних вимог вона має бути ефективною, самодостатньою, гнучкою, здатною до маневру силами та засобами медичної служби, видами та обсягом медичної допомоги, евакуаційно-транспортними потоками тощо, готовою до взаємодії [31].

Медичне забезпечення військ повинно мати стійку та ефективну систему управління, яка передбачає наявність відповідних органів і пунктів управління з визначеними функціями, підготовлених кадрів і надійної системи зв'язку та забезпечується підтриманням визначеного рівня бойової готовності та мобілізаційної готовності органів управління та військово-медичних закладів, всебічної підготовки їх до застосування та ефективної реалізації можливостей під час вирішення завдань [32, 31].

Нормативно-правове забезпечення діяльності медичної служби Збройних Сил України не повною мірою відповідає сучасним вимогам і тому потребують термінового розроблення нові та суттєвої редакції діючі керівні документи щодо організації медичного забезпечення військ в різних умовах діяльності та приведення їх у відповідність до вимог Воєнної доктрини і Стратегії національної безпеки України [31].

З метою своєчасного та якісного медичного забезпечення військ під час їх застосування, формування єдності поглядів і забезпечення спадкоємності дій всі сили та засоби медичної служби Збройних Сил України, інших військових формувань і цивільної охорони здоров'я України мають бути об'єднані єдиною Військово-медичною доктриною з провідною роллю медичної служби Збройних Сил України. Порядок діяльності військово-медичної служби та її органів управління мають бути визначені відповідними документами з організації медичного забезпечення, які детально регламентують лікувально-евакуаційне

забезпечення, а також санітарно-гігієнічне та протиепідемічне забезпечення, забезпечення військ медичним майном і медичний захист від зброї масового ураження, забезпечення військово-медичної служби медичним персоналом [31, 2].

На початку АТО була відчутна потреба в медичних засобах. Сьогодні проблема частково вирішена. В зоні АТО та ООС, починаючи з окремого батальйону і закінчуючи оперативними угрупованнями, введені посади провізорів, які збирають інформацію про потреби у медичних препаратах. Тепер з моменту заявки начальником медичної частини провізору до моменту доставки препаратів у розташування військових частин спеціальними мобільними групами минає не більше 2 діб. На складах центрів та Військових мобільних госпіталів ліки є в достатній кількості. До аптечок входять усі необхідні засоби. Були проведені закупки та перевірка якості медичних засобів, все відповідає нормам. Міністерство оборони України затвердило стандарт аптечки для військових за зразками НАТО [26, 59].

Однак, незважаючи на такі позитивні зрушення, своєчасність та якість медичних заходів ще не задовольняють ні самих поранених, ні військове керівництво, ні керівництво держави. Число загиблих та поранених росте: згідно з доповіддю управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй з прав людини по Україні, з початку воєнного конфлікту станом на 2016 рік на Донбасі загинула 9371 особа, були поранені 21532 особи [60]. У державі відсутні єдині вимоги до організації надання домедичної допомоги, медичної допомоги, лікування та реабілітації військовослужбовців і цивільного населення під час надзвичайних ситуацій, не сформований механізм ефективної взаємодії між різними медичними службами та цивільними закладами охорони здоров'я, який би дозволяв функціонувати єдиному медичному простору [60].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ ПІД ЧАС ВЕДЕННЯ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ РІЗНОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ

2.1. Організаційно-штатна структура та основні завдання особового складу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону – багатoproфільний клінічний, лікувально-діагностичний та науковий центр в якому лікуються поранені, травмовані та хворі військовослужбовці, ветерани Збройних Сил України, а також охочі цивільні пацієнти (за винятком воєнного стану), що здійснює свою діяльність згідно затвердженого Положення.

Основні завдання, які виконує особовий склад Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону:

- надання у повному обсязі вторинного рівня медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям та цивільному населенню;
- сортування, лікування та підготовка до евакуації постраждалих у разі масового поступлення;
- підсилення силами та засобами центральних районних лікарень на можливих напрямках масових поступлень в умовах воєнного стану;
- організація методичного керівництва в роботі відділень;
- організація методичного керівництва та контроль медичних підрозділів військових частин в зоні територіальної відповідальності;
- планування та підвищення кваліфікації лікарів відділень частин зони територіальної відповідальності;

- військово-лікарська експертиза;
- аналіз якості діагностичної та лікувальної допомоги пораненим, травмованим та хворим в зоні територіальної відповідальності;
- втілення сучасних методів діагностики та лікування;
- планування та проведення серед військовослужбовців санітарно-просвітницької роботи.

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону є військово-медичним закладом, що знаходиться у місті Вінниця та є однею з провідних установ охорони здоров'я Міністерства оборони України. Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону координує і забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в межах Вінницької, Хмельницької та Кіровоградської областей.

Розглянемо організаційно-штатну структуру медичної частини Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Вона знайшла своє відображення на рис.2.1.

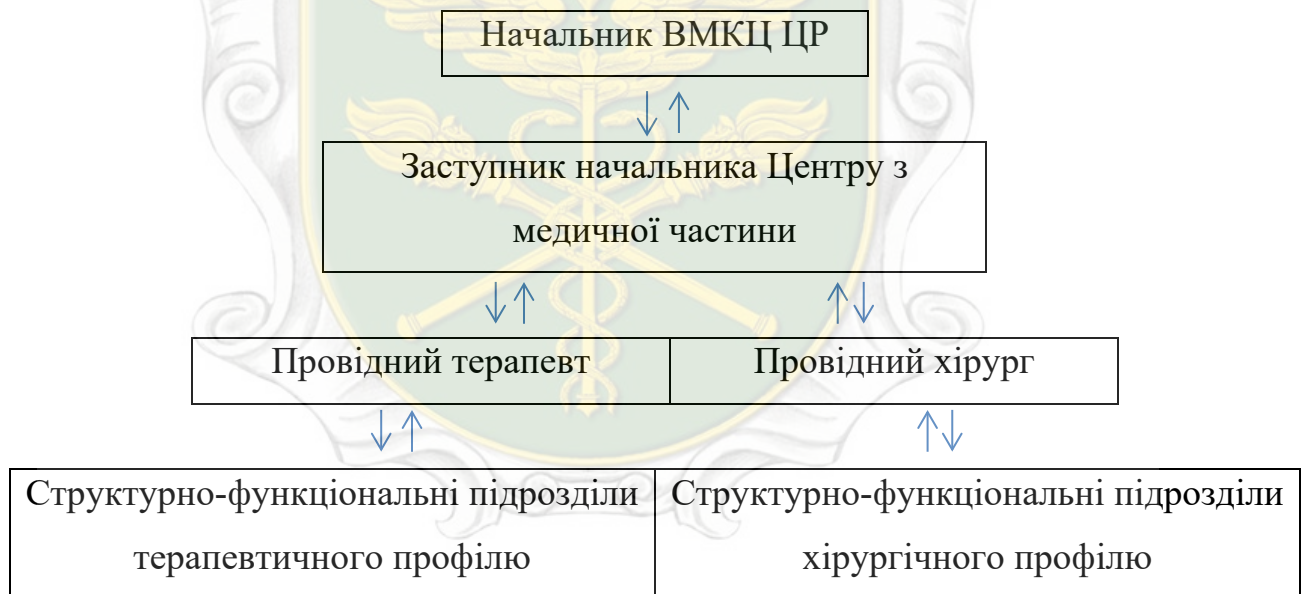


Рисунок 2.1 – Організаційно-штатна структура медичної частини Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону

У своїй повсякденній діяльності особовий склад Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону керується законодавчими актами України, наказами та директивами Міністра оборони України, Міністра охорони здоров'я України, ДСТУ ISO 9001:2015, наказами Командувача Медичних сил Збройних Сил України, наказами начальника Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, наказами та розпорядженнями заступника начальника Центру з медичної частини, наказами та розпорядженнями провідних спеціалістів закладу та Міністерства оборони України, Положенням щодо системи контролю якості надання медичної допомоги у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону, Положенням про Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, Положенням про структурно-функціональний підрозділ Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону та посадовими інструкціями.

2.2. Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності

На сучасному етапі розвитку сфери охорони здоров'я у світі поліпшення якості медичної допомоги є головною метою та основним критерієм оцінки її ефективності. Тому забезпечення високої якості медичної допомоги та медичних послуг є пріоритетною в діяльності органів управління охороною здоров'я, керівників закладів охорони здоров'я будь-якої форми власності та всіх медичних працівників [44]. Безперечно, в умовах ведення збройної боротьби це набуває особливого значення, оскільки висока якість надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації сприяє підвищенню обороноздатності нашої Держави.

Медичне забезпечення в умовах збройних конфліктів не обмежується лише лікувально-евакуаційними заходами. В даному випадку велику роль відіграють організаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, а також медичне постачання [43]. Проте, варто зауважити, що саме своєчасне та послідовне надання медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям є ключовим у збереженні їх життя та здоров'я [39, 18]. В ході планування медичного забезпечення військ (сил) основним індикативним показником є санітарні втрати [43]. Відповідно до Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період [57], до санітарних втрат відносяться поранені, уражені, травмовані і хворі, які втратили боєздатність (працездатність) не менше ніж на одну добу та надійшли на етапи медичної евакуації. Так, аналіз структури санітарних втрат на етапах медичної евакуації певним чином характеризує якість надання медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям. Оцінка якості медичної допомоги, виявлення та усунення дефектів у її наданні є надзвичайно важливими в клінічній практиці [42, 67].

На даний час в Україні продовжується реформування системи охорони здоров'я, яку розпочато ще в 2018 році [35]. У зв'язку з цим відбуваються зміни й у законодавчій базі. Такі зміни, зокрема, спрямовані на підвищення якості надання медичної допомоги.

Згідно з Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [37] було внесено зміни до понять вторинної та третинної медичної допомоги. Вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога – це види медичної допомоги, що надаються за медичними показаннями у порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Деякі науковці [35] зазначають, що відбулися масштабні зміни з реорганізації закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства; впроваджено електронну систему охорони здоров'я (E-health); завершено кампанію з вибору пацієнтом лікаря та підписання декларацій. Ці зміни не оминули й військово-медичні заклади.

Для досягнення поставленої мети було вивчено та проаналізовано звітну медичну документацію Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з 2014 по 2022 рік. Було проведено порівняльний аналіз структури захворюваності пацієнтів в залежності від профілю надання медичної допомоги. Здійснено порівняльний аналіз кількості виконаних оперативних втручань в умовах ВМКЦ ЦР. Проведено аналіз захворюваності пацієнтів терапевтичного профілю за останні 4 роки.

Головною метою діяльності окремого медичного закладу є надання якісної і безпечної медичної допомоги населенню, яка визначається відповідністю наданих медичних послуг до сучасного уявлення про необхідний їх рівень і обсяг для певного виду патології, з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і рівня медичного закладу [48]. Провідні вітчизняні вчені в галузі охорони здоров'я Міністерства оборони України зазначають [10, 9, 54, 63, 11, 3, 14, 34, 61], що необхідним є створення такої системи медичного забезпечення, яка могла б ефективно діяти як в умовах мирного часу, так і в умовах ведення збройних конфліктів низької інтенсивності (без доукомплектування силами й засобами) та водночас вона повинна забезпечити провідну роль серед медичних служб інших військових формувань в єдиному медичному просторі нашої Держави. Так, деякі вчені вважають [61], що для подальшого розвитку медичного забезпечення Збройних Сил України необхідно створити ефективну систему таку для військ (сил), що буде інтегрована в загальнодержавну систему охорони здоров'я [66]. Це стане запорукою досягнення основної мети – гарантоване надання

високоякісної медичної допомоги військовослужбовцям, членам їх родин та іншим категоріям населення [61].

На думку деяких авторів [43], проведення систематичного аналізу санітарних втрат, а відтак і оцінка ефективності системи лікувально-евакуаційного забезпечення, своєчасності та якості надання медичної допомоги, можлива лише за умов налагодженого військово-медичного обліку та звітності, основою якого є система уніфікованої облікової і звітної медичної документації, а також норми та правил її ведення.

Величина та структура санітарних втрат не були сталими та постійно змінювалися за час проведення АТО/ООС [43]. Це говорить про те, що періодично треба вносити зміни в систему лікувально-евакуаційного забезпечення залежно від інтенсивності бойових дій та за потребою наближати певні елементи спеціалізованої медичної допомоги на етапах медичної евакуації. Це дасть можливість підвищити якість надання медичної допомоги. Аналіз структури санітарних втрат серед військовослужбовців в умовах ведення збройних конфліктів різної інтенсивності дасть можливість визначити відповідність сил та засобів медичної служби та їх спроможність до виконання завдань за призначенням як в межах будь-якого військово-медичного закладу, так і в системі лікувально-евакуаційного забезпечення в цілому. Аналіз структури надання спеціалізованої медичної допомоги учасникам бойових дій в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності наведено на рис.1. Якщо взяти всіх військовослужбовців, що приймали участь у збройних конфліктах на території нашої Держави і яким була надана спеціалізована медична допомога з 2014 по 2022 рік за 100%, то отримаємо наступне (рис. 2.2):

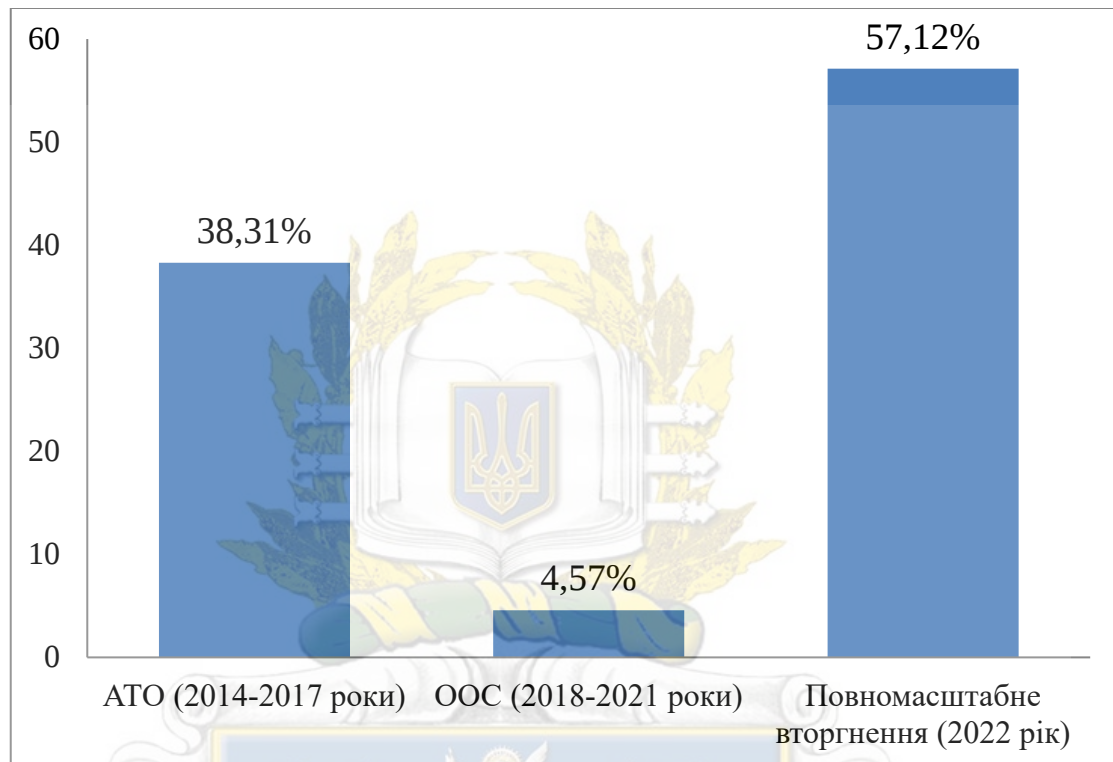


Рисунок 2.2 – Структура санітарних втрат серед учасників бойових дій, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності, %

Говорячи про локальний збройний конфлікт на сході України (Донецька та Луганська область) за санітарними втратами серед учасників бойових дій, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності, можна сказати, що до 2018 року він мав низьку, але більш як у 8 разів ($p=0,00001$) вищу інтенсивність. Як бачимо, спеціалізовану медичну допомогу в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності отримали найбільше учасників бойових дій (57,12%) саме в 2022

році. За період ведення Операції Об'єднаних сил за наявними даними можна стверджувати, що збройний конфлікт на сході України мав найнижчу (4,57%) інтенсивність. Так, ця цифра значно перевищує тотожний сумарний показник з 2014 по 2021 рік на 14,24% ($p=0,00001$). Цей факт вказує на те, що інтенсивність збройних конфліктів на території України починаючи з 2014 року була різною і набула свого піку в 2022 році за час повномасштабного вторгнення.

Деякі автори зазначають [43], що системний облік санітарних втрат вівся від початку локального збройного конфлікту на території Донецької та Луганської областей відповідними структурами, хоча на початковому етапі він не був налагоджений через певні організаційні недоліки. Так, така система дозволяла доповнювати дані щодо санітарних втрат, проте єдиної методології їх обліку не було. Крім того, під час АТО вівся облік лише поранених і травмованих військовослужбовців, коли поза медичним обліком і звітністю залишалася така категорія, як хворі. В умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності від початку локального збройного конфлікту в обліковій та звітній медичній документації фіксувались всі категорії пацієнтів – поранені, травмовані та хворі військовослужбовці. Тому для подальшого аналізу було запропоновано розглянути структуру санітарних втрат серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в залежності від характеру ураження. Ці дані знайшли відображення в таблиці 2.1.

В таблиці представлена структура санітарних втрат серед військовослужбовців за характером ураження, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної

інтенсивності під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності з 2014 по 2022 рік як 100%.

Таблиця 2.1 – Структура санітарних втрат серед військовослужбовців за характером ураження, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах ВМКЦ ЦР під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності, %

Збройний конфлікт	Рік	Поранені	Травмовані	Хворі	Всього
АТО	2014	2,15	2,11	5,28	9,54
	2015	1,48	3,56	12,52	17,56
	2016	0,46	0,02	0,01	0,49
	2017	0,58	1,78	8,36	10,72
Всього		4,67	7,47	26,17	38,31
ООС	2018	0,34	0,42	1,26	2,02
	2019	0,11	0,22	0,78	1,11
	2020	0,14	0,06	0,56	0,76
	2021	0,11	0,10	0,47	0,68
Всього		0,7	0,8	3,07	4,57
Повномасштабне вторгнення	2022	15,17	14,46	27,49	57,12
Всього		15,17	14,46	27,49	57,12
Всього		20,53	22,72	56,75	100,00

Таким чином можна прослідкувати тенденцію інтенсивності збройних конфліктів. Так, одразу привертає увагу те, що за час повномасштабного вторгнення РФ на територію України за неповний рік санітарні втрати перевищили такі за час локального збройного конфлікту на території Донецької та Луганської областей починаючи з 2014 року. Це говорить про те, що характер і напруженість бойових дій не набула такого масштабу, як від моменту

оголошення воєнного стану, масштаби та умови застосування сторонами різних видів зброї теж були неоднаковими, та і була обмежена за територіальним принципом. Також привертає увагу те, що переважна більшість санітарних втрат серед військовослужбовців (56,75%), яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності за час ведення збройної боротьби становили небойові санітарні втрати, тобто соматичні хворі.

Як бачимо з таблиці, в структурі санітарних втрат серед військовослужбовців 20,53% поранених. Так, порівнюючи поранених військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності привертає увагу те, що кількість таких за час повномасштабного вторгнення зросла порівнюючи з бойовими санітарними втратами під час АТО в 3,25 разів ($p=0,00001$), а під час ООС – в 21,67 разів ($p=0,00001$). Як бачимо, за період ведення збройного конфлікту 22,72% військовослужбовців з травмами була надана спеціалізована медична допомога в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності, тобто цей показник практично знаходиться на рівні з кагорією поранених ($p=0,0229$). За час повномасштабного вторгнення кількість травмованих військовослужбовців зросла порівняно з кількістю таких під час АТО в 1,94 рази ($p=0,00001$), а під час ООС – в 18,08 разів ($p=0,00001$). Аналізуючи небойові санітарні втрати, тобто соматичну захворюваність можна прослідкувати наступну динаміку – кількість таких в період АТО (26,17%) та за

час повномасштабного вторгнення (27,49%) знаходилась практично на одному рівні. За час ООС показник хворих військовослужбовців, які отримали спеціалізовану медичну допомогу у Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності складав 3,07%. Це порівняно з АТО менше у 8,52 разів ($p=0,00001$), а порівняно з показником за час повномасштабного вторгнення – у 8,94 разів ($p=0,00001$).

Отже, як бачимо, соматична патологія за час ведення збройних конфліктів на території нашої Держави переважала над пораненнями та травмами ($p=0,00001$). Тому в подальшому в подальшому було прийнято рішення проаналізувати структуру захворюваності військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Структури надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності (рис. 2.3).

На рис. 2.3 представлена структура захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності з 2014 по 2022 рік як 100%.

Таким чином, бачимо, що найбільша кількість військовослужбовців мали захворювання кістково-м'язової системи (19,46%), хвороби системи кровообігу (17,37%) та органів травлення (14,49%). Варто відмітити, що 5,82% військовослужбовців мали розлади психіки та поведінки що говорить про достатньо невелику поширеність такої нозології серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

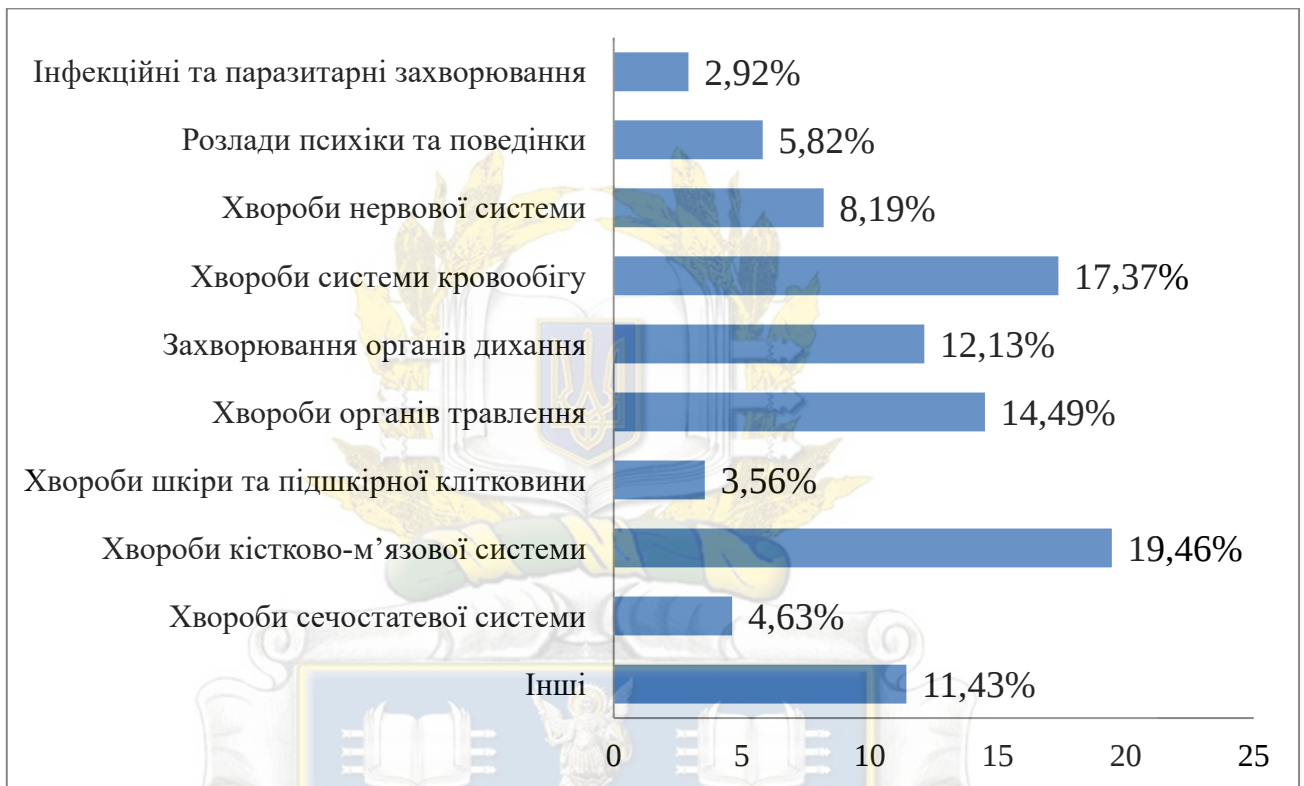


Рисунок 2.3 – Структура захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності, %

Так, структура санітарних втрат серед військовослужбовців в збройних конфліктах різної інтенсивності є достатньо різноманітною, тому можемо зробити припущення, що і структура захворюваності серед учасників бойових дій може бути зовсім неоднаковою за період АТО, ООС та від початку повномасштабного вторгнення. Ці дані знайшли відображення в таблиці 2.2.

Одразу увагу привертає те, що захворюваність серед військовослужбовців від початку повномасштабного вторгнення знаходиться збільшилась та становить 53,89%. Такий показник є на 11,67% більшим від показника

захворюваності серед військовослужбовців за час АТО ($p=0,00001$) та в 13,89 разів меншим порівняно з аналогічним за час ООС ($p=0,00001$).

Таблиця 2.2 – Структура захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах ВМКЦ ЦР під час ведення збройних конфліктів різної інтенсивності, %

Нозологія	Збройний конфлікт			Всього
	АТО	ООС	Повномасштабне вторгнення	
Інфекційні та паразитарні захворювання	1,50	0,07	1,35	2,92
Розлади психіки та поведінки	2,14	0,32	3,36	5,82
Хвороби нервової системи	4,52	0,37	3,30	8,19
Хвороби системи кровообігу	7,50	0,88	8,99	17,37
Захворювання органів дихання	4,48	0,32	7,33	12,13
Хвороби органів травлення	7,05	0,49	6,95	14,49
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,32	0,05	2,19	3,56
Хвороби кістково-м'язової системи	9,52	0,79	9,15	19,46
Хвороби сечостатевої системи	1,37	0,24	3,02	4,63
Інші	2,82	0,35	8,26	11,43
Всього	42,22	3,88	53,89	100,00

Аналізуючи захворюваність серед військовослужбовців за час АТО та повномасштабного вторгнення за класами хвороб, можна прослідкувати наступне: найбільше змінилась динаміка за іншими нозологіями та органами

дихання. Так, інша патологія за час повномасштабного вторгнення збільшилась в 2,93 рази ($p=0,0013$), а хвороби органів дихання – в 1,64 рази ($p=0,0421$). За іншими класами хвороб можна відмітити наступне: захворюваність серед військовослужбовців на інфекційні та паразитарні захворювання, хвороби нервової системи, хвороби органів травлення і хвороби кістково-м'язової системи зменшилась на 0,15%, 1,22%, 0,1% і 0,37% відповідно, а на розлади психіки та поведінки, хвороби системи кровообігу, хвороби шкіри та підшкірної клітковини і хвороби сечостатевої системи зросла на 1,22%, 1,49%, 0,87% і 1,65% відповідно ($p>0,05$). За період ООС захворюваність серед військовослужбовців на всі представлені в табл. 2 нозології є достовірно ($p=0,00001$) нижчою, порівняно з такою за час АТО та повномасштабного вторгнення.

Оголошення воєнного стану потягнуло за собою багато наслідків – великі санітарні втрати, руйнування об'єктів критичної інфраструктури, внутрішнє переміщення населення тощо [38]. В умовах ведення війни змінюється і структура захворюваності як населення, так і військовослужбовців, оскільки застосування нових зразків озброєння збільшує кількість поранень та комбінованих уражень. З цією метою було проведено аналіз структури захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2021 (рис. 1) та 2022 (рис. 2.4) рік в залежності від профілю.

З рисунка видно, що більшій частці військовослужбовців (60,93%) в 2021 році в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону було надано спеціалізовану терапевтичну допомогу. Проте 39,07% військовослужбовців потребували надання спеціалізованої допомоги в клініках та відділеннях хірургічного профілю. Так, в умовах ведення інтенсивних бойових дій значно збільшується кількість поранених та травмованих військовослужбовців, які потребують надання спеціалізованої та

високоспеціалізованої хірургічної допомоги. Бойова терапевтична патологія за час ведення ООС, як показує практика, займає меншу частку, але і хірургічна патологія не перевищує захворюваність.

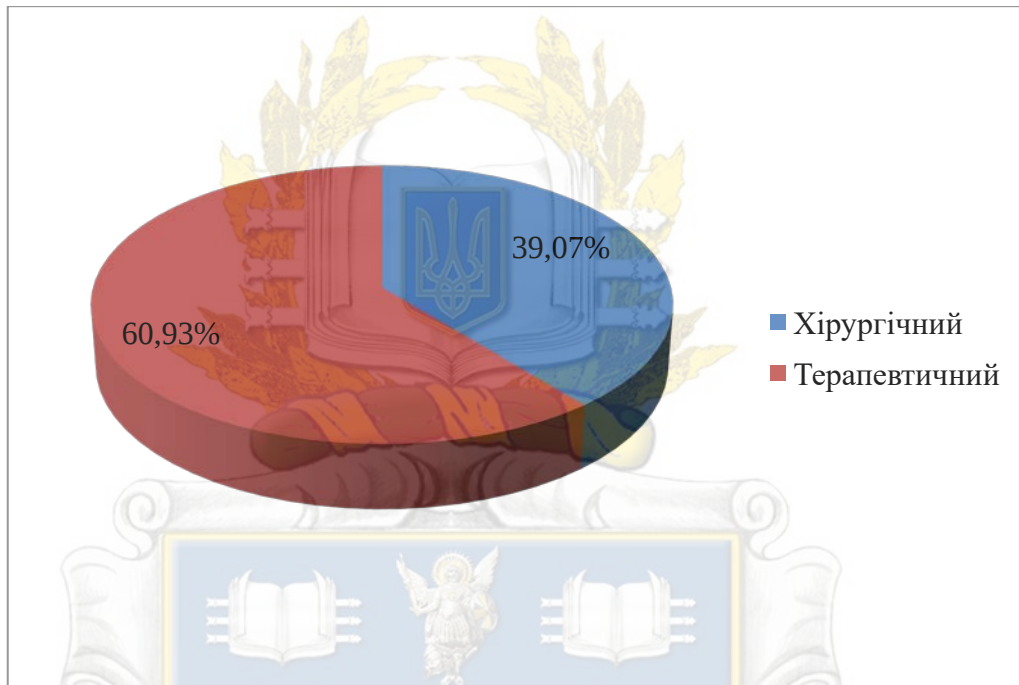


Рисунок 2.4 – Структура захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2021 рік в залежності від профілю, %

Це говорить про те, що збройний конфлікт під час проведення ООС мав невелику інтенсивність. Проте варто проаналізувати, чи змінилась така динаміка в 2022 році за час повномасштабного вторгнення РФ на територію України, оскільки використання ракетного озброєння призвело до великої кількості людських жертв та завдало руйнувань об'єктів критичної інфраструктури. Структура захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2022 рік в залежності від профілю наведена на рисунку 2.5.

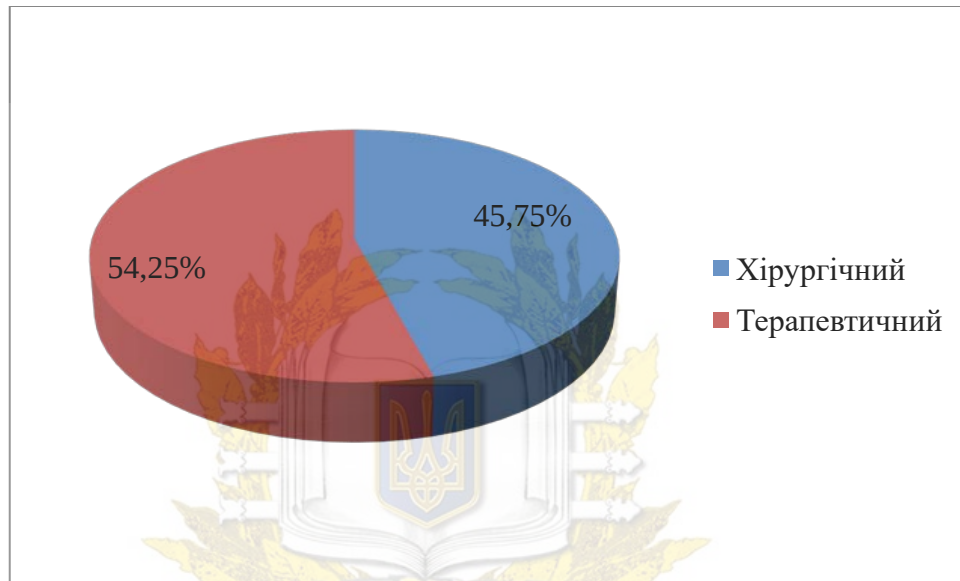


Рисунок 2.5 – Структура захворюваності серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за 2022 рік в залежності від профілю, %

Так, структура захворюваності серед військовослужбовців у 2022 році дещо змінилась – як бачимо, зросла кількість учасників бойових дій, яким була надана спеціалізована хірургічна допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. За кількістю оперативних втручань за період введення воєнного стану їх частка збільшилась на 17,1% ($p=0,0239$). Це говорить про те, що в умовах ведення збройних конфліктів високої інтенсивності варто вживати заходів, які будуть спрямовані на підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю. Але використання нових зразків озброєння та застосування хімічної зброї в певних регіонах ведення бойових дій призвело до зростання бойової терапевтичної патології. Підтвердженням цього слугує підвищена захворюваність на хвороби органів дихання – порівнюючи таку за час АТО та під час повномасштабного вона збільшилась в 1,64 рази ($p=0,0421$).

В умовах ведення активних бойових дій значно зросла кількість військовослужбовців, як потребують надання спеціалізованої та високоспеціалізованої хірургічної допомоги. ВМКЦ ЦР є одним з таких закладів. Тому було прийнято рішення провести порівняльний аналіз зайнятості ліжка хірургічного та терапевтичного профілю. Так, від початку повномасштабного вторгнення в клініках та відділеннях хірургічного профілю було додатково розгорнуто 14,57% ліжок ($p=0,00001$), порівняно з аналогічним показником до початку оголошення воєнного стану. Щодо кількості розгорнутих в клініках та відділеннях терапевтичного профілю – їх кількість з оголошенням воєнного стану зменшилась на 5,52% ($p=0,00001$). Поруч з тим, від початку повномасштабного вторгнення РФ на територію України показник зайнятості ліжка хірургічного профілю збільшився на 43,4% ($p=0,00001$), а показник зайнятості ліжка терапевтичного профілю зменшився на 47,58% ($p=0,0136$).

Отже, провівши аналіз санітарних втрат серед військовослужбовців за час АТО, ООС та повномасштабного вторгнення, бачимо, що збройний конфлікт від 24 лютого 2022 року має найбільшу інтенсивність, а час ведення ООС – найменшу. Таким чином, аналіз структури поранень і травм є важливим аспектом оцінки ефективної діяльності медичної служби, а їх прогнозування з розвитком бойових дій дає можливість передбачати необхідний комплект сил і засобів медичної служби та визначати порядок розгортання етапів медичної евакуації з наближенням елементів спеціалізованої медичної допомоги.

Згідно з Законом України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [37], стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики. Коли будуть визначені певні стандарти стосовно медичного забезпечення збройних конфліктів різної інтенсивності, тоді всі

заклади охорони здоров'я різних силових структур та форм власності зможуть максимально ефективно взаємодіяти в єдиному медичному просторі.

Отже, резюмуючи вище наведені дані, можемо сказати, що:

1. Проведено аналіз структури санітарних втрат серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах ВМКЦ ЦР, які приймали участь в збройних конфліктах різної інтенсивності на території України вказує на те, що інтенсивність збройних конфліктів на території України починаючи з 2014 року була різною і набула свого піку в 2022 році за час повномасштабного вторгнення. Визначено, що в структурі санітарних втрат серед військовослужбовців 20,53% поранених – кількість таких за час повномасштабного вторгнення зросла порівнюючи з бойовими санітарними втратами під час АТО в 3,25 разів ($p=0,00001$), а під час ООС – в 21,67 разів ($p=0,00001$). В структурі санітарних втрат 22,72% військовослужбовців з травмами була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, тобто цей показник практично знаходиться на рівні з кагорією поранених ($p=0,0229$). За час повномасштабного вторгнення кількість травмованих військовослужбовців зросла порівняно з кількістю таких під час АТО в 1,94 рази ($p=0,00001$), а під час ООС – в 18,08 разів ($p=0,00001$). Аналізуючи небойові санітарні втрати, тобто соматичну захворюваність можна прослідкувати наступну динаміку – кількість таких в період АТО (26,17%) та за час повномасштабного вторгнення (27,49%) знаходилась практично на одному рівні. За час ООС показник хворих військовослужбовців, які отримали спеціалізовану медичну допомогу у Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону складав 3,07%. Це порівняно з АТО менше у 8,52 разів ($p=0,00001$), а порівняно з показником за час повномасштабного вторгнення – у 8,94 разів ($p=0,00001$).

2. Встановлено, що структури захворюваності серед військовослужбовців найбільше з них мали захворювання кістково-м'язової

системи (19,46%), хвороби системи кровообігу (17,37%) та органів травлення (14,49%). Аналізуючи захворюваність серед військовослужбовців за час АТО та повномасштабного вторгнення за класами хвороб, можна прослідкувати наступне: найбільше змінилась динаміка за іншими нозологіями та органами дихання. Так, інша патологія за час повномасштабного вторгнення збільшилась в 2,93 рази ($p=0,0013$), а хвороби органів дихання – в 1,64 рази ($p=0,0421$).

3. Констатовано збільшення кількості оперативних втручань на 17,1% ($p=0,0239$). Це говорить про те, що в умовах ведення збройних конфліктів високої інтенсивності варто вживати заходів, які будуть спрямовані на підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги хірургічного профілю.

4. Показано, що від початку повномасштабного вторгнення в клініках та відділеннях хірургічного профілю було додатково розгорнуто 14,57% ліжок ($p=0,00001$), порівняно з аналогічним показником до початку оголошення воєнного стану. Кількість розгорнутих ліжок в клініках та відділеннях терапевтичного профілю з оголошенням воєнного стану зменшилась на 5,52% ($p=0,00001$). Поруч з тим, від початку повномасштабного вторгнення фр на територію України показник зайнятості ліжка хірургічного профілю збільшився на 43,4% ($p=0,00001$), а показник зайнятості ліжка терапевтичного профілю зменшився на 47,58% ($p=0,0136$). Такий факт підтверджує збільшення кількості поранених та травмованих військовослужбовців, які перебували на лікуванні в хірургічних структурно-функціональних підрозділах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, що говорить про необхідність розвитку хірургії під час воєнного стану.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА СИСТЕМИ ЯКОСТІ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ, ТРАВМОВАНИМ ТА ХВОРИМ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНУ

Надання якісної медичної допомоги військовослужбовцям, що отримали поранення в умовах ведення бойових дій, їх всебічне лікування та реабілітація з використанням передових технологій – найважливіший пріоритет для держави [56], особливо в умовах воєнного стану. Забезпечення належної організації процесу надання якісної та своєчасної медичної допомоги пораненим військовослужбовцям, швидка евакуація, їх подальше лікування та реабілітація є фундаментальними елементами, що допомагають не лише зберегти життя поранених, а й забезпечити швидке відновлення їх бойової ефективності [28].

Якість в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність економічність, адекватність, своєчасність, доступність, достатність процесів щодо охорони здоров'я людини (населення) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період. На сьогодні загальноприйняте визначення якості охорони здоров'я відсутнє. Але окремі вчені [40] дають її визначення через якість медичної допомоги як сукупності результатів профілактики, діагностики і лікування захворювань, визначених встановленими вимогами на основі досягнень медичної науки і практики.

Моніторинг якості медичних послуг є необхідним кроком та складовою частиною реформи вітчизняної медичної галузі. Якість послуги визначається рівнем задоволеності потреби пацієнта. Якість послуги значною мірою визначається законодавством, але при лікуванні якість послуги залежить від медичного закладу. У зв'язку з цим одним із методів оцінки якості медичної

допомоги є медико-соціологічне дослідження, яке слугує об'єктивному відображенню ситуації з питань гарантії якості в системі охорони здоров'я. Задоволеність пацієнтів отриманою медичною допомогою є визначеним критерієм якості діяльності медичної галузі, що рекомендований до використання Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Серед критеріїв якості медичної допомоги населенню важлива роль відводиться оцінкам думок самих пацієнтів про різні аспекти медичного обслуговування. Традиційна система медико-статистичних показників, а також сучасні системи клініко-статистичних стандартів якості допомоги не можуть охопити всіх аспектів діяльності медичних служб. Іноді відбувається так, що навіть всі стандарти витримуються, а пацієнти не задоволені умовами надання допомоги і в цьому випадку її якість буде неприйнятною [22, 47].

Якість надання медичної допомоги в сфері охорони здоров'я є тим, з цим кожна людина стикається повсякденно, постійно порівнює бажаний і одержаний результат. Тому серед багатьох критеріїв якості медичної допомоги одним з найважливіших є рівень задоволеності самих пацієнтів [23].

Метою даної роботи є оцінка системи якості надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям на прикладі Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону.

Анкета – це документ, у якому міститься впорядкований перелік питань, що дають змогу отримати певну інформацію. Створенню анкети передують розробка програми дослідження у зв'язку з тим, що в анкету закладаються гіпотези, сформульовані завдання, котрі потрібно вирішити під час соціологічного дослідження.

Так, з метою досягнення поставленої мети нами було розроблено спеціальну анкету, яка містила 18 запитань. Всі питання були короткими та містили від 2 до 7 варіантів відповідей. При формулюванні запитань анкети було дотримано таких правил: однозначність, стислість та валідність. Говорячи про

однозначність – мова йде про однакове розуміння змісту запитання респондентами. Дуже важливим є визначеність понять та їхня конкретність. Іноді запитання анкети містять у собі два, а то й більше запитань, що є недоцільним і заважає отримати об'єктивну інформацію; стислість – досвід проведення соціологічних досліджень свідчить, що чим довше запитання, тим важче респондентові зрозуміти його зміст. Якщо запитання довге, то поки респондент дочитає його до кінця, він забуде початок; валідність – міра відповідності запитання анкети проблемі, що вивчається. Запитання можуть бути прямі та непрямі. Валідність запитання визначається точністю переведення показника в запитання.

Таким чином, було опитано 175 пацієнтів, які перебували на обстеженні та лікуванні у клініках та відділеннях Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Серед них було 16 жінок та 159 чоловіків. Найбільша кількість опитаних перебувала у віці 30-39 років (40,57%).

На питання стосовно госпіталізації у відділення пацієнти відповіли наступним чином (рис. 3.1):

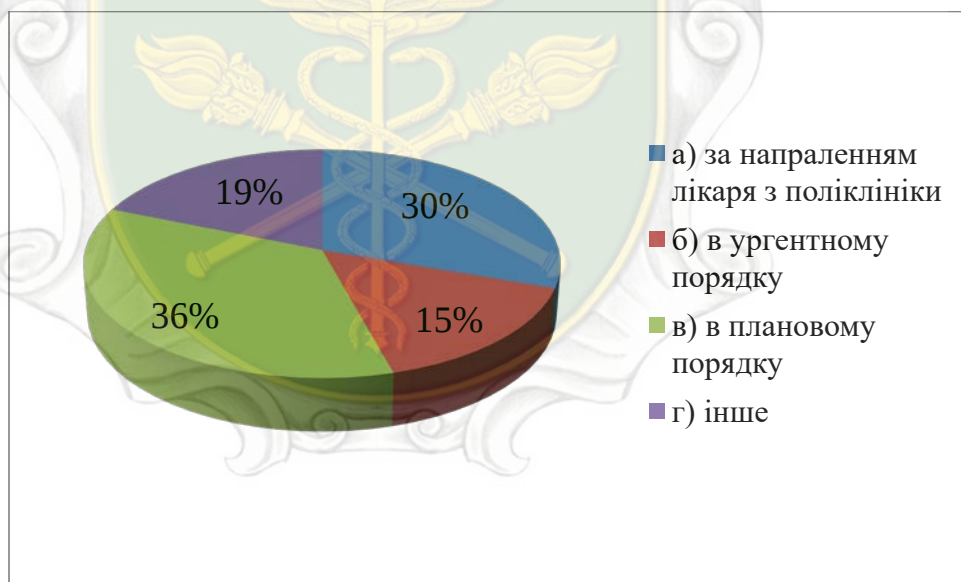


Рисунок 3.1 – Структура відповідей пацієнтів на питання щодо потрапляння в стаціонар

Як бачимо, найбільша кількість пацієнтів (36%) вважають, що госпіталізовані планово. 30% пацієнтів були госпіталізовані у відділення закладу за направленням лікаря з поліклініки. 15% пацієнтів, як вони вважають, були госпіталізовані у відділення в ургентному порядку та ще 19% – з інших причин (наприклад, евакуація). Здавалося б в умовах ведення збройної боротьби на території нашої Держави кількість ургентних поступлень та поступлень з інших етапів медичної евакуації мала би бути більшою, ніж є, але варто враховувати той факт, що певна кількість пацієнтів могли не коректно відповісти на поставлене питання у зв'язку з власною необізнаністю.

Наступне питання анкети стосувалось того, чи виникали певні труднощі у пацієнтів під час госпіталізації. Структура відповідей на це питання наведення на рис. 3.2.

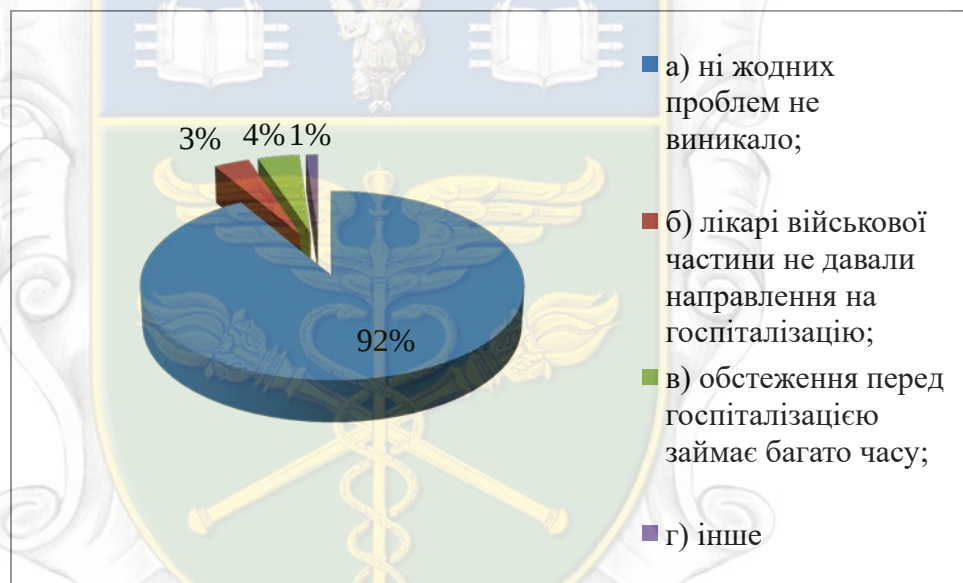


Рисунок 3.2 – Структура відповідей пацієнтів на питання щодо виникнення труднощів в процесі госпіталізації

Так, тут не може не привернути увагу те, що у більшості пацієнтів (92%) жодних проблем не виникало. Це достатньо велика цифра, яка говорить про те, що на догоспітальному етапі робота організована правильно. 8% пацієнтів мали труднощі в процесі госпіталізації, а саме 4% з них вказують, що обстеження перед

госпіталізацією займає багато часу, 3% говорить про наявність певних труднощів на рівні військових частин та ще 1% мали труднощі через інші причини.

Метою політики і стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо національних програм з якості визначене безперервне покращення якості медичної допомоги та підвищення її ефективності. Деякі автори [27] під якістю медичної допомоги слід розуміти відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умов ефективного використання наявних ресурсів. У випадку якщо кількість ресурсів відповідатиме потребам пацієнта, можна буде оцінити його можливості. Саме з урахуванням цього принципу наступне питання анкети стосувалось часового показника, а саме тривалості перебування пацієнтів в приймальному відділенні ВМКЦ ЦР. Ці дані відображені на рис.3.3.

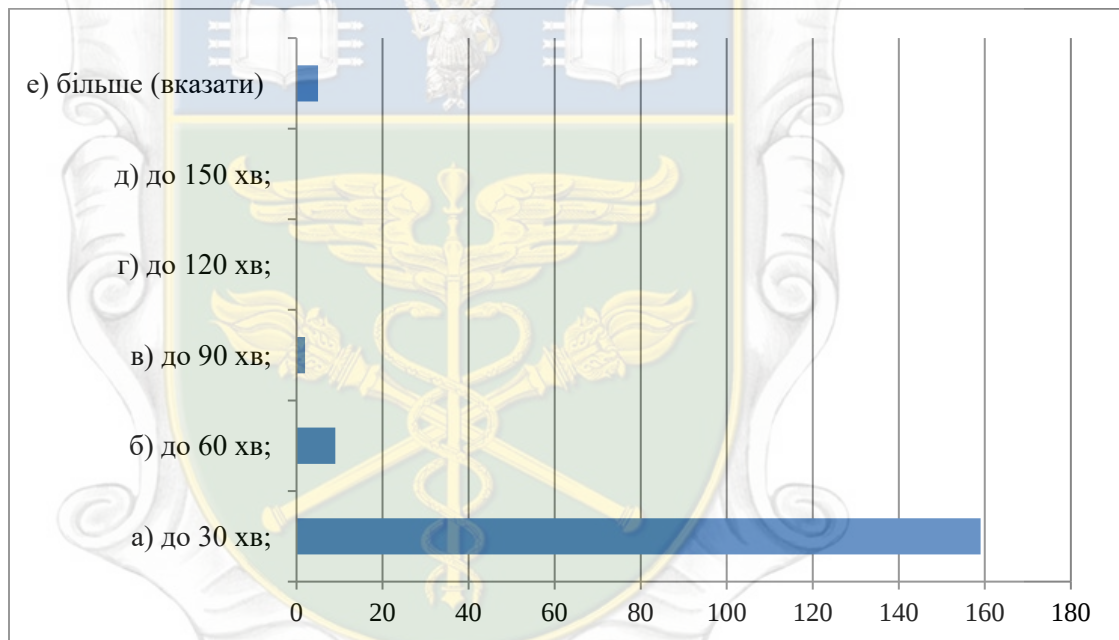


Рисунок 3.3 – Структура відповідей пацієнтів на питання стосовно тривалості їх перебування в приймальному відділенні

Як бачимо, 90,86% пацієнтів провели в приймальному відділенні закладу щонайбільше 30 хвилин. Така цифра говорить, по-перше, про відповідність потреб пацієнтів кадровому ресурсу приймального відділення, а, по-друге, про їх

високу майстерність та професійність, що однозначно сприятиме швидшому досягненню поставленої мети. Чим меншу кількість часу пацієнт проводить в приймальному відділенні, тим швидше будуть розпочаті лікувальні заходи. Ще 2,86% пацієнтів вказали варіант «більше», при цьому вказавши на те, що їх було госпіталізовано одразу у відділення, де надається невідкладна медична допомога. 5,14% пацієнтів вказали на те, що в приймальному відділенні перебували до 60 хвилин та 1,14% пацієнтів – до 60 хвилин. Понад 90 хвилин пацієнти в приймальному відділенні не перебували, що підтверджує раніше сформовані нами гіпотези.

Наступне питання стосувалось обізнаності пацієнтів щодо правил перебування в стаціонарі. Тут структура відповідей виглядає наступним чином: 97,71% пацієнтів були повністю обізнані з правилами поведінки в стаціонарі, 0,57% пацієнтів не були цьому обізнані, а 1,71% вказали на часткову обізнаність. В принципі цим показником можна також охарактеризувати діяльність особового складу приймального відділення, оскільки саме на їх плечі лягає такий обов'язок.

Наступне питання нашої анкети стосувалось комфорту перебування військовослужбовців в умовах нашого закладу. Для цього їм було запропоновано оцінити умови їх перебування від 1 до 5. Так, більшість пацієнтів (81,61%) оцінили такі як «відмінно» та 18,39% – «добре» ($p=0,00001$).

Стосовно питання, що визначало термін до початку лікувальних заходів у відділенні від моменту госпіталізації, то тут теж варто відмітити роботу медичного персоналу в кращу сторону, оскільки 71,38% військовослужбовців почали отримувати допомогу в перші 30 хвилин від моменту їх потрапляння у відділення та 28,62% – в пері 60 хвилин ($p=0,00001$).

Наступне питання анкети стосувалось поінформованості про безпечність маніпуляцій та процедур що проводяться в Центрі. В цьому випадку теж варто відмітити роботу медичного персоналу в кращу сторону, оскільки 83,82%

військовослужбовців були повністю про це поінформовані, а 16,18% – в основному поінформовані ($p=0,00001$).

Наступне питання стосувалось їх думки щодо достатності забезпечення Центру медичним устаткуванням. Так, 62,64% військовослужбовців відповіли, що «так, повністю», а 37,36% – «в основному так» ($p=0,0015$).

Як вважають деякі науковці, спеціалізована медична допомога пораненим військовослужбовцям включає в себе застосування різних груп лікарських засобів. Тому наступне питання нашої анкети стосувалось саме забезпеченості лікувального процесу необхідними лікарськими препаратами та медичними засобами. Така структура відображена на рис. 3.4.

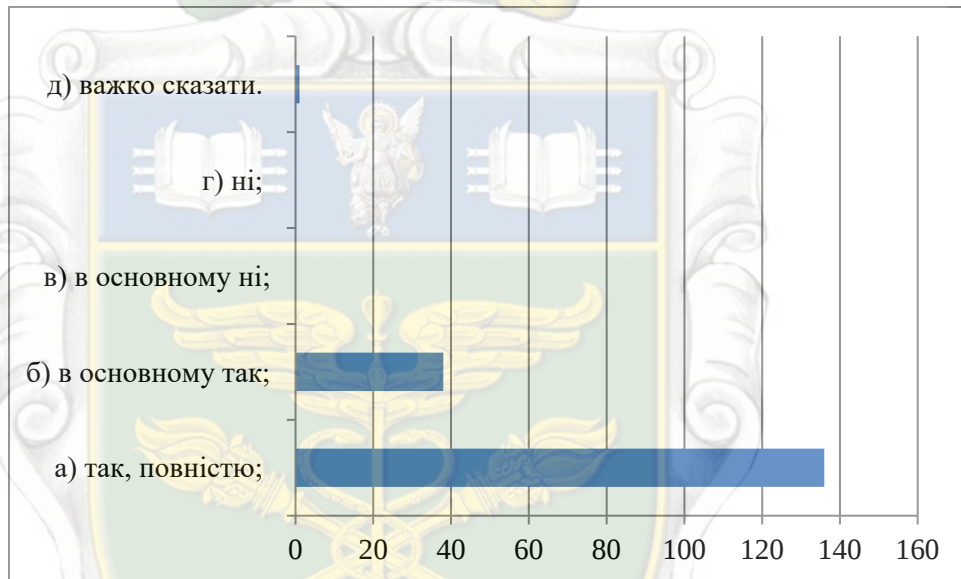


Рисунок 3.4 – Структура відповідей пацієнтів на питання стосовно забезпеченості лікувального процесу необхідними лікарськими препаратами та медичними засобами

Як бачимо, 77,71% військовослужбовців були повністю забезпечені необхідними лікарськими препаратами та медичними засобами, 21,71% – в основному були забезпечені необхідним та 0,57% дали наступну відповідь – «важко сказати». Проте, кількість тих, хто дав відповіді «в основному ні» та «ні»

дорівнювала 0%, що в цілому непогано характеризує якість медичного забезпечення військово-медичних закладів.

Наступне питання нашої анкети стосувалось задоволеності військовослужбовців роботою медичного персоналу Центру. Так, 98,86% пацієнтів були повністю задоволені роботою медичного персоналу, а 1,14% – частково ($p=0,00001$).

Щодо задоволеності військовослужбовців якістю медичної допомоги, що надається в стаціонарі відповіді були такими, що позитивно характеризували цей процес. Так, 92,43% військовослужбовців цілком задоволені якістю надання медичної допомоги та 7,57% – скоріше задоволені ($p=0,00001$).

З метою підвищення якості надання медичної допомоги в умовах нашого закладу було враховано побажання військовослужбовців щодо підвищення якості надання медичної допомоги. Така структура знайшла своє відображення на рис. 3.5.

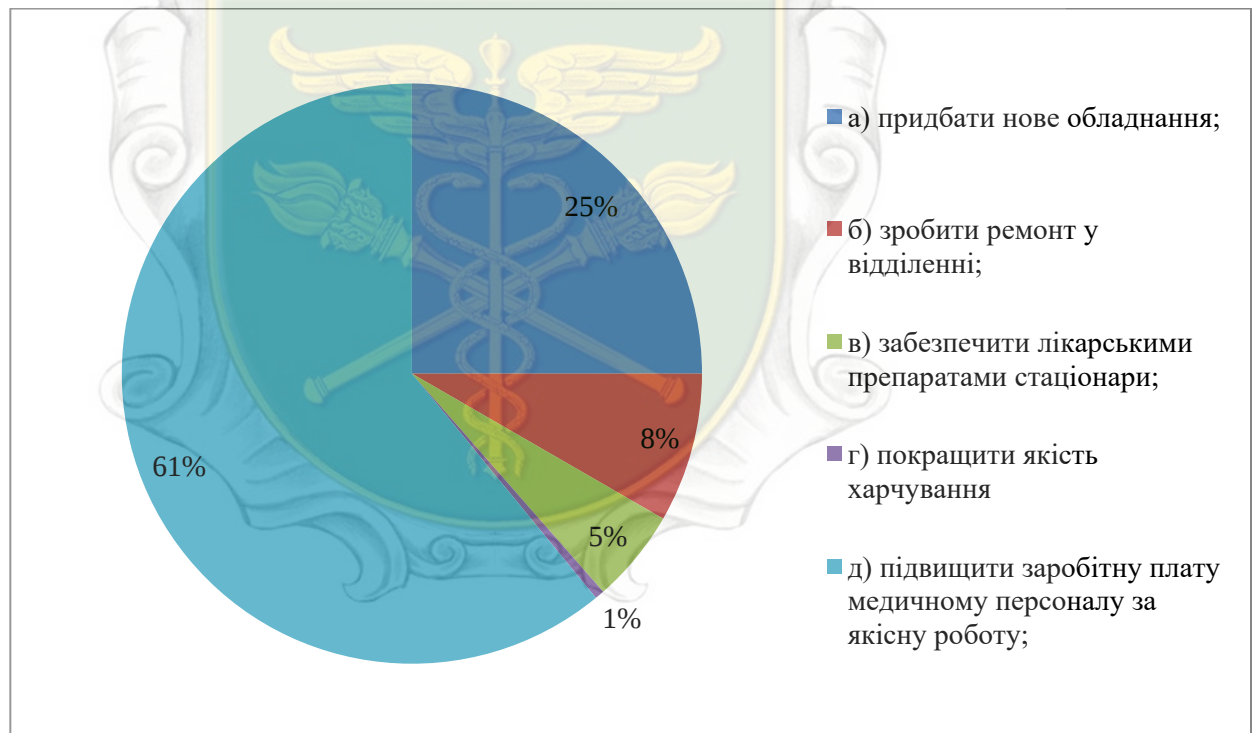
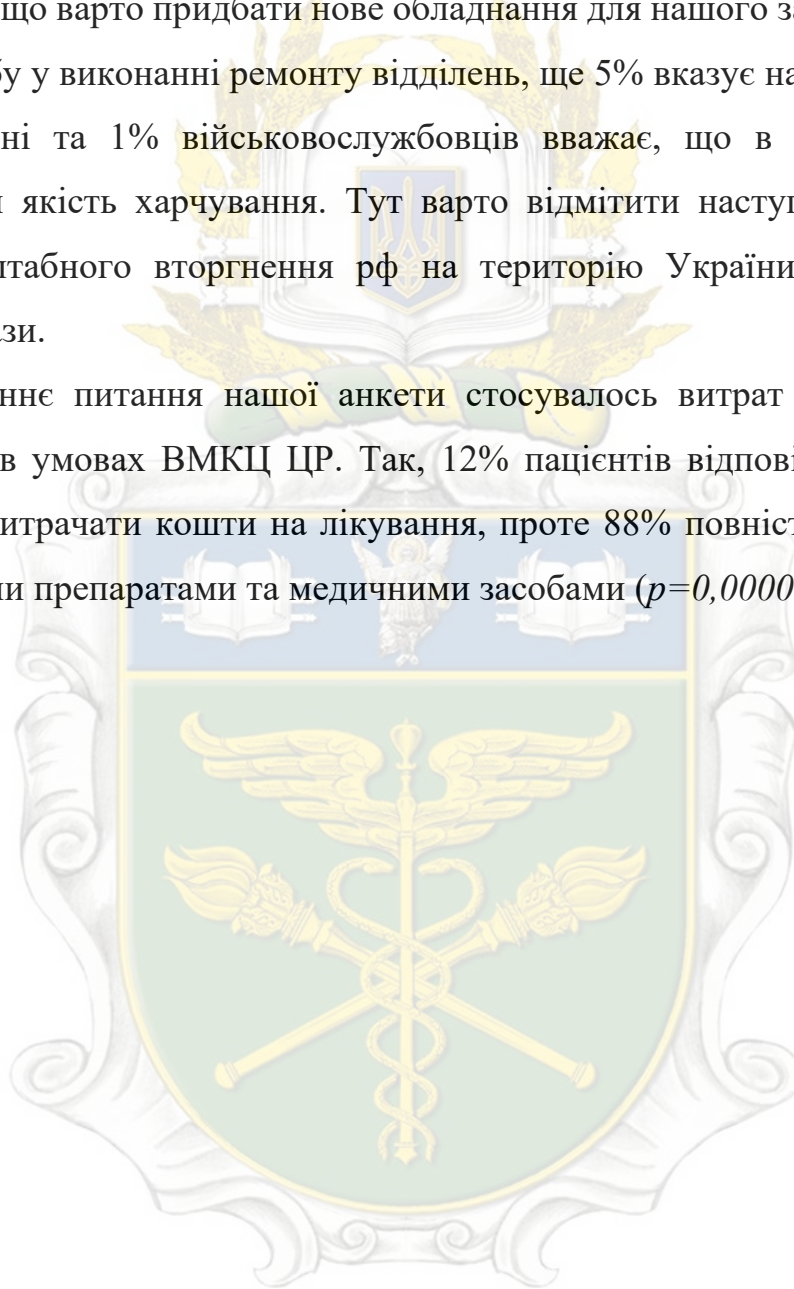


Рисунок 3.5 – Структура відповідей на питання стосовно побажання військовослужбовців щодо підвищення якості надання медичної допомоги

Цікавим є факт, що більшість пацієнтів (61%) визнали те, що робота, яку виконує медичний персонал нашого закладу, є недостатньо оцінена і за якісну роботу останнім варто підвищити заробітну плату. 25% військовослужбовців вважають, що варто придбати нове обладнання для нашого закладу, 8% говорить про потребу у виконанні ремонту відділень, ще 5% вказує на потребу в кращому забезпеченні та 1% військовослужбовців вважає, що в першу чергу треба покращити якість харчування. Тут варто відмітити наступне, що з початком повномасштабного вторгнення РФ на територію України якість харчування зросла в рази.

Останнє питання нашої анкети стосувалось витрат власних коштів на лікування в умовах ВМКЦ ЦР. Так, 12% пацієнтів відповіли, що їм довелося частково витратити кошти на лікування, проте 88% повністю були забезпечені лікарськими препаратами та медичними засобами ($p=0,00001$).



ВИСНОВКИ ТА ПРОПОЗИЦІЇ

1. Показано, що від початку локального збройного конфлікту на території Донецької та Луганської областей основною метою медичного забезпечення Збройних Сил України було наближення медичної допомоги до поранених, травмованих та хворих з метою дотримання основних принципів – своєчасності, послідовності, безперервності. Проведений аналіз системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України та країн-членів НАТО показав, що для забезпечення якісного та ефективного надання медичної допомоги доцільним є створення єдиного медичного простору на території нашої Держави. Від початку повномасштабного вторгнення ми можемо відзначити ефективність його функціонування.

2. Проведено аналіз структури санітарних втрат серед військовослужбовців, яким була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, які приймали участь в збройних конфліктах різної інтенсивності на території України вказує на те, що інтенсивність збройних конфліктів на території України починаючи з 2014 року була різною і набула свого піку в 2022 році за час повномасштабного вторгнення. Визначено, що в структурі санітарних втрат серед військовослужбовців 20,53% поранених – кількість таких за час повномасштабного вторгнення зросла порівнюючи з бойовими санітарними втратами під час АТО в 3,25 разів, а під час ООС – в 21,67 разів. В структурі санітарних втрат 22,72% військовослужбовців з травмами була надана спеціалізована медична допомога в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону, тобто цей показник практично знаходиться на рівні з кагорією поранених. За час повномасштабного вторгнення кількість травмованих військовослужбовців зросла порівняно з кількістю таких під час АТО в 1,94 рази, а під час ООС – в 18,08 разів. Аналізуючи небойові санітарні

втрата, тобто соматичну захворюваність можна прослідкувати наступну динаміку – кількість таких в період АТО (26,17%) та за час повномасштабного вторгнення (27,49%) знаходилась практично на одному рівні. За час ООС показник хворих військовослужбовців, які отримали спеціалізовану медичну допомогу у Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону складав 3,07%. Це порівняно з АТО менше у 8,52 разів, а порівняно з показником за час повномасштабного вторгнення – у 8,94 разів. Достовірність різниці між всіма аналізованими показниками знаходиться в межах $p=0,0229\div0,00001$.

3. Виконано оцінку системи якості надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. З цією метою було розроблено спеціальну анкету для поранених, травмованих та хворих військовослужбовців, які знаходились на стаціонарному лікуванні в умовах зазначеного закладу охорони здоров'я Міністерства оборони України. Вона містила 18 питань з варіантами відповідей від 2-7. Встановлено, що якість надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону є достатньо високою, проте є кілька напрямків, де варто внести зміни аби покращити її.

З метою підвищення якості надання медичної допомоги в умовах Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону за результатами проведеного анкетування необхідно:

- В системі функціонування єдиного медичного простору варто вжити заходів з метою попередження виникнення можливих труднощів в процесі госпіталізації військовослужбовців до відділень Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону. Для цього варто періодично проводити заняття з начальниками медичних служб військових частин та попереджати про зміни, які вносяться в законодавчу базу, що регламентує діяльність закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України.

- При поступленні пацієнта в стаціонар варто більше часу приділяти правилам перебування в стаціонарі, оскільки хоч і невелика, але частина з них вказує на необізнаність в цьому питанні.

- Перед проведенням будь-яких втручань (наприклад, сестринські та лікарські маніпуляції) необхідно обов'язково інформувати про їх суть та очікуваний ефект, а також їх безпечність.

- Варто відмітити покращення медичного постачання закладів охорони здоров'я Міністерства оборони України за час оголошення воєнного стану. Проте деякий відсоток пацієнтів вказують на недостатнє забезпечення лікарськими препаратами та медичними засобами. Для вирішення цього питання потрібно подавати пропозиції щодо покращення медичного забезпечення військових частин та формувань, а також лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я та затверджувати їх на рівні Міністерства оборони України. Таким чином, ми зможемо позитивно вплинути на результати лікування – пришвидшити одужання та скоротити терміни перебування пацієнтів в стаціонарі. Крім того, зможемо уникнути витрачання коштів пацієнтів на потребу в лікуванні.

- Для забезпечення мотиваційної складової медичного персоналу Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону варто підвищити їм заробітну плату (про цей цікавий факт говорить більшість опитаних пацієнтів (61%)).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ан Р.Н., Беня Ф.М., Мацко Б.Г. Досвід роботи гарнізонного госпіталю, розгорнутого в збірно-щитових модулях в зоні збройного конфлікту. *Військово-медичний журнал*. 2002. № 5. С. 15-19.
2. Бадюк М.І. Основні засади формування нормативно-правової бази діяльності медичної служби Збройних Сил України. *Військова медицина України*. 2007. Т. 7. № 1-2. С. 5-9.
3. Бадюк М.І. Основні принципи формування системи медичного забезпечення військ за територіальним принципом. *Військова медицина України*. 2008. № 1. С. 3-10.
4. Бадюк М.І., Котуза А.С., Рудинський О.В. Особливості функціонування системи лікувально-евакуаційного забезпечення в умовах воєнних конфліктів низької. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2006. № 16. С. 5-14.
5. Бараш Ю.Н. Сучасні тенденції реформування СВ США та Німеччини – досвід для України. *Стратегічні пріоритети*. 2007. № 3(4). 11 с.
6. Біла книга 2005: «Оборонна політика України». К.: Заповіт. 2006. 134 с.
7. Біла книга 2006: «Оборонна політика України». К.: Заповіт. 2007. 96 с.
8. Біла книга 2007: «Оборонна політика України». К., Міністерство оборони України. 2008. 120 с.
9. Білий В.Я. Стратегія розвитку військової медицини в Україні. *Військова медицина України*. 2001. № 1. С. 9-18.
10. Білий В.Я., Пасько В.В. Головні напрямки будівництва і розвитку військової медицини в Україні. *Актуальні проблеми військової медицини*. 1995. С. 5-7.

11. Бойчак М.П. Військово-медичний центр Міністерства Оборони – базова установа системи медичного забезпечення Збройних Сил України. *Військова медицина України*. 2006. № 3. С. 25-28.
12. Булах О.Ю. Аналіз надання першої допомоги на полі бою в сучасному воєнному конфлікті. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2006. № 16. С. 349-355.
13. Булах О.Ю., Лівінський В.Г. Зарубіжний досвід розвитку системи управління медичним забезпеченням військ (сил) в сучасних умовах. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2013. № 36. С. 26-33.
14. Булах О.Ю., Стриженко В.І., Ричка О.В. Аналіз результатів експертного опитування фахівців медичної служби з удосконалення елементів системи лікувально-евакуаційного забезпечення об'єднання в операції. *Військова медицина України*. 2011. № 1. С. 25-31.
15. Військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій / за ред. В.Я. Білого. Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. 324 с. ISBN 966-673-065-0.
16. Військово-медична підготовка / Під редакцією Бадюка М.І. К., 2007. С. 98-137.
17. Вказівки з воєнно-польової хірургії / за ред. Я.Л. Заруцького, А.А. Шудрака. К.: СПД Чалчинська Н.В., 2014. 396 с.
18. Воєнно-польова хірургія : практ. і навч. посіб. для військ. лікарів та лікарів системи охорони здоров'я України / за ред. Я.Л. Заруцького, В.Я. Білого; М-во оборони України, МОЗ України. Київ: ФЕНІКС, 2018. 544 с.
19. Воєнно-польова хірургія: підручник / Я.Л. Заруцький, В.Я. Білий, В.М. Запорожан, В.М. Денисенко та ін.: за ред. Я.Л. Заруцького, В.М. Запорожана. Одеса: ОНМедУ, 2016. 34 с.
20. Воєнно-польова хірургія: підручник / Я.Л.Заруцький, В.Я.Білий, В.М.Денисенко [та ін.]; за ред. Я.Л.Заруцького, М.В. Запорожана. Київ: ФЕНІКС. 2018. 416 с.

21. Воєнно-польова хірургія: практ. і навч. посіб. для військ. лікарів та лікарів системи охорони здоров'я України / за ред. Я.Л. Заруцького, В.Я. Білого. К.: ФЕНІКС, 2018. 552 с.
22. Вороненко Ю.В., Сердюк А.М., Мінцер О.П. Визначення компетенції в оцінці якості підготовки фахівців у системі безперервного професійного розвитку лікарів. Україна. *Здоров'я нації*. 2007. №1. С. 37-41.
23. Гайдаєв Ю.О., Коваленко В.М., Корнацький В.М. Стан здоров'я населення України та забезпечення надання медичної допомоги: Аналітично-статистичний посібник. К., 2007. 97 с.
24. Гібридна війна // Вікіпедія [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Гібридна_війна.
25. Гібридна війна: in verbo et in praxi: монографія / Донецький національний університет імені Василя Стуса / під. заг. ред. проф. Р.О. Додонова. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД». 2017. 412 с. ISBN 978-966-924-507-6.
26. Голованова І.А., Краснова О.І., Краснов О.Г. Медичне забезпечення військових частин Збройних Сил України в умовах АТО. Україна. *Здоров'я нації*. 2016. № 4. С. 33-36.
27. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. Вінниця: ПП Балюк І.Б. 2012. С. 18- 23.
28. Довга М.М. Нормативно-правове регулювання сфери охорони здоров'я під час воєнного стану. Інноваційні ідеї та проєкту для економічного відродження України: збірник доповідей 89-ї наукової студентської конференції, 4 травня 2022 року. Київ. С. 1108.
29. Доктрина Тилового забезпечення об'єднаних збройних сил НАТО. Глава 11. *Медичне забезпечення*. 2007. С. 157-166.
30. Домедична допомога (алгоритми, маніпуляції): методичний посібник / В.О. Крилюк, В.Д. Юрченко, А.А. Гудима та ін. К.: НВП «Інтерсервіс», 2014. 84 с.

31. Жаховський В.О., Булах О.Ю., Лівінський В.Г., Кудренко М.В. Медичне забезпечення Збройних Сил України: актуальні питання удосконалення з огляду на тенденції розвитку системи охорони здоров'я України. Україна. *Здоров'я нації*. 2014. 4. С. 42-48.
32. Жаховський В.О., Булах О.Ю., Стриженко В.І. Система управління медичним забезпеченням ЗС України: проблеми. *Наука і оборона*. 2013. № 1. С. 23-27.
33. Жаховський В.О., Галушка А.М., Булах О.Ю. Результати наукових досліджень організації роботи військових мобільних госпіталів у польових умовах. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2012. № 33. С. 46-54.
34. Жаховський В.О., Галушка А.М., Булах О.Ю., Стриженко В.І. Наукове обґрунтування організації медичного забезпечення військових частин (з'єднань) ЗС України на воєнний час. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2012. № 34. С. 6-17.
35. Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Остащенко Т.М., Іванько О.М., Васюк Н.О. Медичне забезпечення Збройних Сил України у контексті трансформації суспільної охорони здоров'я: нормативно-правові аспекти. *Український журнал військової медицини*, 2021. Т. 2. № 4. С. 5-13. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4\(1\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(1)-005).
36. Жаховський В.О., Ричка О.В., Галушка А.М., Мельничин М.Я. Моделювання організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) (за досвідом командно-штабних навчань). *Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. пр. УВМА. Київ*, 2012. № 33. С. 72-80.
37. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 30.0.2018 р. № 3611-VI. URL: «<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#Text>
38. Кальниш В.В., Пашковський С.М., Коваль Н.В., Пашковська О.В. Індикатори змін рівня функціональних резервів організму операторів при

розвитку вікових змін втоми та асоційованих зі стресом захворювань. *Фізіол. журн.*, 2023. Т. 69. № 4. С. 19-28.

39. Керівництво з медичного забезпечення Збройних Сил України / за ред.. Андронатія В.Б., Клівенка Ю.Ф. К. : СПД Чалчинська Н.В. 2014. 396 с.

40. Крячкова Л.В., Медведєв М.В. Роль досліджень реальних витрат населення у секторі охорони здоров'я для подальшого реформування галузі. Матеріали науково-практичної конференції «Організація та управління системою охорони здоров'я, її правове і фінансове забезпечення на сучасному етапі реформування галузі». Житомир, 1999. С. 80.

41. Левченко Ф.М., Бадюк М.І., Серeda І.К. Аналіз досвіду застосування мобільних медичних формувань у країнах-членах НАТО, Російській Федерації та в Україні (огляд літератури). *Військова медицина України*. 2007. №1-2. 66 с.

42. Личман Т.В., Легедза А.В., Дубровська О.М. Оглядовий аналіз комісійних судово-медичних експертиз. Визначення правильності надання медичної допомоги в ДУ «Головне бюро судово-медичної експертизи МОЗ України». *Судово-медична експертиза*. 2014. № 1. С. 79-82.

43. Лівінський В.Г. Санітарні втрати як індикативний показник діяльності медичної служби Збройних Сил України. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2020. № 27(2). С. 62-75. <https://doi.org/10.32751/2310-4910-2020-27-28>.

44. Лівінський В.Г., Жаховський В.О., Швець А.В., Іванько О.М. Стандартизація в галузі охорони здоров'я України. *Український журнал військової медицини*, 2022. Т. 3. № 3. С. 5-16. [https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3\(3\)-005](https://doi.org/10.46847/ujmm.2022.3(3)-005).

45. Лозовий М.Г., Воробйов О.М., Власов І.О., Чапля М.М. Досвід організації медичного забезпечення військ (сил) в операції Об'єднаних Сил. *Сучасні інформаційні технології у сфері безпеки та оборони*. 2021. Т. 1. № 40. С. 69-74. <https://doi.org/10.33099/2311-7249/2021-40-1-69-74>.

46. Лушніков Д.С. Організація системи надання вторинної (кваліфікованої) медичної допомоги пораненим , травмованим та хворим військовослужбовцям в Україні. . *Вісник студентського наукового товариства «ВАТРА» Вінницького торговельно-економічного інституту ДТЕУ*. Вінниця: Редакційно-видавничий відділ ВТЕІ ДТЕУ, 2023. Вип. 167. С. 27-35.
47. Лушніков Д.С. Оцінка системи якості надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим, травмованим та хворим військовослужбовцям в умовах військово-медичного клінічного центру центрального регіону. *Менеджмент XXI століття: сучасні моделі, стратегії, технології: зб. матеріалів X Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції*, м. Вінниця, 10 жовтня 2023 р. Вінниця, 2023. Ч. 2. С.236-243.
48. Матеріали Проекту ЄС «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні». NHSQIS, 2005. 20 с. ISBN 1-84404-340.
49. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : збірник наукових праць / за заг. ред. академіків НАН України Цимбалюка В.І. та Сердюка А.М. К.: ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. 316 с.
50. Микита О.О. Наукове обґрунтування стандартизації медичного забезпечення Збройних сил України в умовах Антитерористичної операції: Автореф дис. канд. мед. наук: 14.02.03. / НДІ Української військово-медичної академії. К., 2016. 28 с.
51. Про затвердження Положення про військовий мобільний госпіталь (багатопрофільний, на 100 ліжок): Наказ Міністра оборони України від 20 лютого 2008 року.
52. Невідкладна військова хірургія / пер. з англ. – К.: Наш Формат, 2015. 568 с.
53. Невідкладна військова хірургія. Вікіпедія URL: [http:// usaisr.amedd.army.mil/cpgs/html](http://usaisr.amedd.army.mil/cpgs/html).

54. Пасько В.В., Бадюк М.І., Котуза А.С. Система медичного забезпечення ЗС України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності. Військова медицина України. 2005. № 1. С. 5-11.

55. Петриченко Т.В. Перша медична допомога: підручник / Т.В. Петриченко. 4-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2015. С. 6-14.

56. Про затвердження Воєнно-медичної доктрини України: Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 року. № 910. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/910-2018-п#Text> (дата звернення: 27.09.2023).

57. Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період : наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 11 лютого 2019 року № 60. <https://library.gov.ua/tymchasova-nastanova-z-medychnoyi-evakuatsiyi-poranyh-i-hvoryh-u-zbrojnyh-sylah-ukrayiny-na-osoblyvyj-period/>

58. Програма реформування та розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на період до 2017 року (затверджена Міністром оборони України 21 травня 2013 року). Київ: МО України. https://www.mil.gov.ua/content/mou_orders/389_nm_2017.pdf

59. Офіційний сайт Міністерства оборони України. URL: <http://na.mil.gov.ua/categore/novini>

60. Про правовий режим воєнного стану: Закон України від 12 травня 2015 р. № 389-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1647-14#Text>.

61. Савицький В.Л., Власенко О.М., Стриженко В.І., Булах О.Ю. Система медичного забезпечення військ (сил) – складова загальнодержавної політики охорони здоров'я громадян України. *Наука і оборона*, 2014. № 2 С. 27-33. http://nbuv.gov.ua/UJRN/naui_2014_2_7.

62. Серeda І.К. Визначення доцільності застосування мобільного військового госпіталю при забезпеченні виконання оперативних завдань

Збройних Сил України. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2010. Вип. 27. С. 47-56.

63. Сохін О.О., Булах О.Ю., Давидюк Л.К. Актуальні питання організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ. *Військова медицина України*. 2005. № 4. С. 75-80.

64. Сохін О.О., Булах О.Ю., Швець А.В. Аналіз відповідності сил і засобів медичної служби в сучасних воєнних. *Військова медицина України*. 2007. Т. 7. № 3. С. 12-18.

65. Стандарт підготовки: Фахова підготовка санітарного інструктора роти (батареї). Вид. 1. К.: «МП Леся», 2015. С. 266-286.

66. Указ Президента України № 771/2012 «Про рішення РНБОУ від 29 грудня 2012 року «Про Стратегічний оборонний бюлетень України» від 29 грудня 2012 року.

67. Франчук В.В. Аналіз недоліків надання медичної допомоги в сучасних умовах (за матеріалами комісійних судово-медичних експертиз). *Судово-медична експертиза*. 2016. № 1. С. 56-61.

68. Халік С.В., Ричка О.В., Козеєв Е.С. Проблемні питання розгортання мобільного військового госпіталю під час науково-практичних навчань (м. Вінниця, 2006 рік). *Проблеми військової охорони здоров'я*. Київ, 2007. № 18. С. 136-144.

69. Advanced Trauma Life Support (Incorporating Battlefield Resuscitation Techniques and Skills). Royal Medical College and the Royal Centre for Defence Medicine. – Battlefield London: British Armed Forces, UK Minister of Defence, 2003.

70. Allied joint medical support doctrine. – Brussels: Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, 2002. 114 p.

71. Annas G.J. Military medical ethics – physician first, last, always. *N Engl J Med*. 2008. Vol. 359. P. 1087-1090.

72. Bricknell M.C.M., McArthur D. Deployed hospital care. *Journal of Royal Army Medical Corps*. 157(4 Suppl. 2). P. 453-456.
73. Butler F.K. Jr. Tactical combat casualty care: combining good medicine with good tactics. *Trauma*. 2003. Vol. 54 (Suppl.). P. 52-53.
74. Callaway D.W. Tactical emergency casualty care (TECC): guidelines for the provision of prehospital trauma care in high threat environments. Cain et al. // *Journal of Special Operations Medicine*. 2010. Vol. 11, Ed. 3. P. 104-122.
75. Cordell R.F. Audit of the effectiveness of command and control arrangements for medical evacuation of seriously ill or injured casualties in southern Afghanistan 2007. *JR Army Med Corps*. 154(4). P. 227-230.
76. Eastridge B.J. Died of Wounds on the Battlefield: Causation and Implications for Improving Combat Casualty Care. *The Journal of TRAUMA*. Injury, Infection, and Critical Care. – Vol. 71, № 1. 2011. P. S4-S8.
77. Frykberg E.R. Principles of mass casualty management following terrorist disasters. *Ann Surg*. 2004. Vol. 239. P. 319-321.
78. Giannou C. Bernes E. First Aid in Armed Conflicts and Other Situations of Violenceu, Geneva: ICRC, 2006.
79. Hoejenbos M.J., McManus J., Hoggets T. Is there one optimal medical treatmentand evacuation for all situations: «Scoop-and-run» or «stay-and-play». *Prehospital Disast Med*. 2008. Vol. 23(4). P. 74-78.
80. Iserson K.V., Moskop J.C. Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. 2007. Vol. 49 P. 275-281.
81. Iserson K.V., Moskop J.C. Triage in medicine, part II: underlying values and principles. *Ann Emerg Med*. 2007. Vol. 49 P. 282-287.
82. Iserson K.V., Moskop J.C. Triage in medicine, part II: underlying values and principles. *Ann Emerg Med*. 2007. Vol. 49. P. 282-287.
83. Joint medical doctrine. Joint Doctrine Publication 4-03 (JDP 4-03). 2011. 103 p.

84. Leigh-Smith S. Harris T. Tension pneumothorax – time for a re-think? *Emerg Med J.* 2005. Vol. 22. P. 8-16.

85. Tactical combat casualty care: Handbook [Electronic resource] / U.S. UNCLASSIFIED REL NATO, ISAF, FVEY, 2013. – Available at: <https://call2.army.mil/toc.aspx?document=7193&?lename=/docs/doc7193/13-21.pdf>.

