

Improving adherence to the treatment of patients with hypertension according to the results of the local clinical pathway implementation

D.D. DYACHUK, G.Z. MOROZ, I.M. GIDZINSKA, T.S. LASITSA

Summary. *This paper summarizes results of the study of adherence to treatment of patients who participated in the program of implementation of clinical pathway for hypertension management in the State Institution of Sciences «Research and Practical Center of Preventive and Clinical Medicine» State Administrative Department. The rate of patients with high motivation for treatment increased from (36.7±6.2) to (68.3±6.0)% ($p < 0.001$) after 1 year of participation in the program.*

Keywords: *adherence, hypertension.*

УДК 614.2:355.72

Особливості розвитку і становлення спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям

Б.Б. ЖУПАН

Резюме: *У публікації наведено особливості розвитку і становлення спеціалізованої медичної допомоги та лікування військовослужбовців в історичному аспекті. Виявлено основні форми і умови надання спеціалізованої медичної допомоги.*

Ключові слова: *організація медичного забезпечення, спеціалізована медична допомога, лікувально-евакуаційне забезпечення військ.*

Спеціалізована медична допомога (СМД) в системі лікувально-евакуаційного забезпечення військовослужбовців є кінцевим етапом медичної допомоги і лікування, а тому має вирішальне значення для повернення військовослужбовців до строю. Зважаючи на значне зростання на сучасному етапі в структурі санітарних втрат (СВ) питомої ваги тяжких і дуже тяжких поранень, особливо голови, органа зору, області шиї, хребта і нижніх кінцівок, а також зростанням величини комбінованих, множинних та поєднаних ушкоджень, актуальність швидкого надання СМД зростає [5, 10, 11, 14, 16].

Зазначені обставини обумовлюють необхідність побудови такої системи медичного забезпечення ЗС України, яка б змогла ефективно працювати не тільки в умовах мирного часу, але і в особливий період.

Метою даної публікації є дослідження становлення та розвитку системи надання СМД як складової (підсистеми) лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) військ в історичному аспекті.

Матеріали і методи

Об'єктом дослідження була система ЛЕЗ поранених і хворих, предметом – організація надання СМД. Дослідження ґрунтувалося на аналізі даних літературних джерел з питань розвитку системи СМД як виду медичної допомоги під час війн та збройних конфліктів, в яких були задіяні Російська Федерація та республіки колишнього Радянського Союзу.

Методи дослідження: історичний, аналітичний і системний підхід.

Результати та їх обговорення

Аналіз літературних джерел свідчить, що пошук організаційного вирішення проблеми надання СМД пораненим і хворим військовослужбовцям турбував і продовжує турбувати не одне покоління видатних вітчизняних [1–4, 7, 8, 13] та зарубіжних [10, 11, 14, 15] організаторів військової охорони здоров'я.

Зважаючи на наявність спільного в наукових та інформаційних витоках національної військової медицини і відповідних галузей у пострадянських країнах, вважаємо за доцільне простежити шляхи виникнення та подальшого розвитку організаційних форм СМД під час війн та збройних конфліктів, в яких були задіяні Російська Федерація та республіки колишнього Радянського Союзу.

Історія військової медицини налічує багато різноманітних форм і методів організації медичного забезпечення військ. Так, до кінця XVIII сторіччя медичне забезпечення російської армії здійснювалося шляхом лікування поранених і хворих «на місці», тобто поблизу осередку бойових дій. Але уже під час Семилітньої війни (1756–1763 рр.) почали впроваджувати підвезення матеріальних засобів у діючу армію, що стало поштовхом для створення евакуаційної системи медичного забезпечення [12, 17, 18].

М.І. Широков (1810–1881 рр.), маючи великий практичний досвід роботи на театрах воєнних дій, у своїх працях сформулював принципи ЛЕЗ бойових дій військ, в основу яких було покладено евакуацію поранених і хворих та їхнього «розсіювання» за межі району бойових дій, а також розробив принципи медичного сортування поранених і хворих, які застосовував під час Кримської війни (1853–1856 рр.) [17, 18].

Наступним етапом розвитку військової медицини став період Російсько-японської (1904–1905 рр.) і Першої Світової війн (1914–1918 рр.), що, на відміну від попередніх, були вкрай виснажливими для воюючих держав і вимагали від військової медицини уже нових функцій – повернення у стрій поранених і хворих після їх одужання.

В.А. Опель (1872–1932 рр.) у 1916 році об'єднував тісний взаємозв'язок лікувальних та евакуаційних заходів і назвав цей процес етапним лікуванням, який в подальшому став теоретичною базою, на основі якої

було побудовано ЛЕЗ Червоної Армії. Він також неодноразово наголошував про необхідність спеціалізації лікувальних установ (ЛУ), що було практично реалізовано М.П. Бурденком, який вище створив у 1916 році в Лодзі і Жирардові спеціалізовані лазарети для поранених в черец, груди і живіт та інших поранених [12, 17, 18].

Під час Громадянської війни у військах Червоної Армії почали відкриватися у фронтових евакопунктах спеціалізовані госпіталі на 250–300 ліжок для лікування хірургічних, терапевтичних, інфекційних та венерологічних хворих, а для таких нозологічних форм, як хвороби очей, вуха, горла і носа, нервової системи в них передбачалися відділення на 50 ліжок [17, 18].

Узагальнюючи набутий досвід організації медичного забезпечення, військово-медичне керівництво Робітничо-селянської Червоної армії (РСЧА) у 1929 році офіційно затвердило систему етапного лікування поранених і хворих у «Керівництві з санітарної евакуації у РСЧА», наукове обґрунтування якої пов'язане з прізвиськом професора Військово-медичної академії Б.К. Леонардова (1892–1939 рр.), який у своїй роботі «Оборонные задачи советской хирургии» передбачив необхідність перебудови системи етапного лікування на принципах евакуації поранених і хворих за призначенням, що відображено у «Статуті військово-санітарної служби РСЧА», що у кінці 1933 року змінив попереднє «Керівництво» [18].

Прийнята військово-медичною службою РСЧА система етапного лікування поранених і хворих за призначенням пройшла перевірку під час збройних конфліктів біля озера Хасан (1938 р.) і річки Халхін-Гол в Монголії (1939 р.) та в Радянсько-фінській війні (1939–1940 рр.).

Незважаючи на значні недоліки організації медичного забезпечення бойових дій на Далескому Сході і під час війни з білофінами, санітарна служба РСЧА набула певного досвіду в питаннях наближення кваліфікованої медичної допомоги до району бойових дій, створення в польових пересуваних госпіталях спеціалізованих відділень (нейрохірургічного, урологічного, шлунково-кишкового, ЛОР-відділення та відділення для лікування хвороб очей) [17, 18].

Заключним етапом узагальнення бойового досвіду медичного забезпечення Червоної Армії та визначення конкретних практичних шляхів його застосування стали збори керівного складу медичної служби, що відбулися з 18 по 25 квітня 1941 р. під керівництвом Ю.І. Смірнова, де були остаточно визначені шляхи удосконалення структури польової військово-медичної служби, а також форми і методи медичного забезпечення військ, серед яких виключалося падіння СМД на військових етапах медичної евакуації і перенесення її в армійські і навіть фронтові тиллові райони [18].

Таким чином, початок Великої вітчизняної війни (ВВВ) 1941–1945 рр. медико-санітарна служба зустріла, маючи теоретичні основи надання

СМД пораненим і хворим, організаційне оформлення яких відбулося безпосередньо під час бойових дій [30].

Виключно велике значення для подальшого удосконалення організаційних форм СМД мала військово-медична польова доктрина, сформульована Ю.І. Смірновим на V пленумі Вченої медичної ради при начальнику Головного військово-санітарного управління (ГВСУ), що відбувся 26–28 лютого 1942 р. Один із пунктів доктрини вимагав спеціалізації медичної допомоги (головним чином хірургічної) шляхом створення комплексу спеціалізованих лікувальних установ та евакуацію до них поранених і хворих за призначенням [11, 33].

В інтересах організації СМД за профілем спеціальності уже в 1941 р. в Червоній Армії було створено інститут головних медичних спеціалістів, до складу якого ввійшли хірург, терапевт, епідеміолог, токсиколог, психіатр і патологоанатом [30]. Зазначене рішення передбачало послідовне зростання мережі спеціалізованих лікувальних установ армії, фронту і тилу, але фактично спеціалізація ліжок у евакогоспіталях почала відбуватися тільки у травні 1942 р. [6]. Аналіз фактичних даних про характер ушкоджень і захворюваність у поранених і хворих, які надходили на лікування у госпіталі тилу в період до травня 1942 р., став відповідним моментом для подальшої профілізації ліжок у госпітальних базах, що відбувалася шляхом розгортання спеціалізованих відділень (палат) та однопрофільних спеціалізованих госпіталів. Необхідно зазначити, що в перший період ВВВ більшість спеціалізованих ліжок було розгорнуто в багатопрофільних евакуаційних госпіталях [6, 18]. Допільно також відмітити, що за роки війни диференціація спеціалізованих ліжок з липня 1944 р. по січень 1945 р. зросла з 18 до 28% (з урахуванням сортувальних та жіночих ліжок), а до кінця війни становила 31% [6].

Таким чином, удосконалення організаційних форм падація СМД під час ВВВ відбулося завдяки своєчасно прийнятій польовій військово-медичній доктрині та всебічному застосуванню досягнень медичної науки і практики військової та цивільної охорони здоров'я.

Можливість застосування зброї масового ураження в післявоєнний період передбачала значне зростання розмірів СВ і домінування в їхній структурі комбінованих радіаційних та хімічних ушкоджень, що вимагало збільшення ліжкової місткості госпітальних баз фронту, а також введення до їхнього складу військово-польових багатопрофільних госпіталів та подальшого пошуку організаційних форм побудови системи падація СМД, яке продовжувалося майже до середини 90-х років на моделях бойових операцій із застосуванням зброї масового ураження [14].

За цей час отримало наукове обґрунтування і саме поняття СМД, що передбачало надання медичної допомоги висококваліфікованими спеціа-

лістами з використанням спеціального обладнання, оснащення в спеціалізований лікувальний установі (відділенні) і лікування до обумовленого результату [10].

У той же час, досвід медичного забезпечення радянських військ у Афганістані за період 1979–1989 рр. свідчить, що не всі зазначені складові СМД можуть бути обов'язковими, в першу чергу це стосується лікування у спеціалізованій лікувальній установі (ЛУ) до обумовленого результату [15, 19]. Так, за даними авторів [5, 9, 10, 15], надання СМД під час медичного забезпечення бойових дій у Афганістані планувалося розпочати на основі принципів, започаткованих під час ВВВ, де основними регіональними центрами надання СМД були Центральний військовий госпіталь (ВГ) 40-ї армії у Кабулі, госпіталь Туркестанського військового округу та ЛУ Центру, але унікальні умови оперативної, тилової та медичної обстановки внесли свої корективи в систему надання СМД. Війська розташовувались в гарнізонах, кожен з яких забезпечувався базовою ЛУ у складі окремого медичного батальйону, окремої медичної роти, гарнізонного госпіталю, розгорнутих в стаціонарних приміщеннях з високотехнічним медичним обладнанням, кондиціонерами і кваліфікованими спеціалістами. Війська проводили рейдові операції на значній відстані від баз, в умовах гористо-пустельної місцевості, що унеможливило евакуацію поранених наземним транспортом і вимагало широкого застосування гелікоптерів. За даними авторів [9, 15, 29], безпосередньо із районів бойових дій на етапи кваліфікованої хірургічної допомоги (КХД) і СМД евакуйовано до 93,4% поранених, у тому числі від 79,6 до 86% в перші 6 годин.

У загальній структурі бойових СВ за локалізацією під час бойових дій в Афганістані на перше місце вийшли ушкодження і травми верхніх і нижніх кінцівок 25,4 та 37,9% відповідно, далі йшли ушкодження грудей – 11,6 та 6,3%; живота і таза – 7,8 та 4,6%, а ушкодження черепа і головного мозку коливалися в межах від 4,9 (у 1980 р.) до 8,5% (у 1988 р.). Тяжкі та дуже тяжкі поранення у 1980–1984 рр. становили 36,3%, а у 1985–1989 рр. зросли до 49,4%. Множинні та поєднані поранення коливалися в межах від 16% у 1980 р. до 72,8% у 1985 р., що було пов'язано з широким застосуванням мінно-вибухових засобів ураження [14, 15]. Отже, доля поранених з тяжкими, множинними та поєднаними ушкодженнями цілком залежала від терміну, виду та обсягу надання їм медичної допомоги на першому етапі медичної евакуації. Тому, за рішенням начальника медичної служби 40-ї армії, базові лікувальні установи при необхідності підсилювалися пешаттними спеціалізованими хірургічними групами із складу армійського госпіталю та інших незадіяних в забезпеченні операцій ЛУ.

Таким чином, надання ЛУ нештатних груп підсилення та швидка евакуація поранених авіаційним транспортом дали можливість організувати у Афганістані падашя всіх видів медичної допомоги на одному етапі медичної евакуації (базовій ЛУ) і сформулювати концепцію «невідкладної СХД» (НСХД), сутність якої полягає у виконанні в межах ЛУ лікарями-спеціалістами із складу груп підсилення операцій за невідкладними показниками у поранених з тяжкими поєднаними та множинними ушкодженнями на спеціалізованому рівні у виснаженому по можливості обсязі з метою досягнення оптимального функціонального результату [10, 14].

Одночасно були вирішені проблеми ешелонування СМД пораненими і хворими, які потребували складших методів лікування, шляхом створення спеціалізованих відділень у клініках Військово-медичної академії (ВМедА) ім. С.М. Кірова, Головного, центральних та оточених госпіталях Збройних Сил Радянського Союзу, а також було створено систему відновлюваного лікування поранених у Сакському, Сочинському і П'ятигорському військових санаторіях [15].

Досвід медичного забезпечення бойових дій у Афганістані показав реальну можливість наближення СХД до районів бойових дій шляхом підсилення стаціонарно розгорнутих ЛУ спеціалізованими хірургічними групами із складу ВМедА ім. Кірова та ГВКГ ім. М.П. Бурдешка [10].

Подальша еволюція організаційних форм падашя СМД відбулася під час контртерористичних операцій у Чеченській Республіці (1994–1996 рр.) та Дагестані (1999–2002 рр.). Позитивний досвід, набутий військовими лікарями під час медичного забезпечення бойових дій у Афганістані, було покладено в основу медичного забезпечення контртерористичних операцій на Північному Кавказі, але умови і характер ведення бойових дій в цих операціях мали суттєві відмінності від попередніх. Війська федеральних сил входили з боями на територію Чечні, бойові дії велися на обмеженій території і носили маневрений характер, що змушувало ЛУ постійно рухатися за військами, розгортатися для роботи в наметах, а частіше за все – в непристосованих для роботи приміщеннях, а це унеможлилювало надання пораненим СХД. Дослідженнями встановлено, що після оперативних втручань, які виконували спеціалісти в цих умовах роботи, виникала значна кількість ускладнень: після операцій на черепі і головному мозку – у 86%, на довгих трубчастих кістках у 74%, на магістральних судинах – у 28% поранених тощо. Це показало непридатність концепції НСХД в даних умовах бойових дій військ і вимагало суттєвої модифікації всієї системи ЛЕЗ військ [10].

Пастушим чишиком, який вимагав пошуку нових підходів до організації СМД, були показники СВ, в загальній структурі яких комбіновані ушкодження становили 2,3 і 3,5%. За локалізацією ушкоджень на першому

місці були поранення і травми кінцівок – 47,9 і 53,2%; на другому місці – поранення і травми голови – 34,4 і 26,4%; поранення і травми грудної клітки – 7,4 і 8,2%; поранення і травми живота – 4,5 та 4,9%. Ізольовані поранення і травми відмічали у 67,2 і 63,4%, множинні у 13,6 і 12,5%, поєднані – у 19,2 і 24,1% випадків відповідно. За тяжкістю поранення і травми склали 49,4 і 40,5% легкого ступеня тяжкості, 29,9 і 33,3% середньої тяжкості, 17,8 і 24,4% тяжкі, 2,9 і 1,8% – дуже тяжкі відповідно. Зростання частки тяжких і дуже тяжких поранень, комбінованих, множинних та поєднаних обумовлювало скорочення термінів евакуації поранених в ЛУ 1-го ешелону [15, 19].

Враховуючи перелічені чинники, керівництво медичної служби Збройних Сил Російської Федерації запропонувало скоротити багатостанційність у наданні медичної допомоги пораненим, запровадивши 2-етапний варіант системи ЛЕЗ військ: перша лікарська допомога – СХД. СХД планували надавати шляхом розгортання поряд із зоною бойових дій багато-профільних спеціалізованих ЛУ на базі гарнізонних ВГ або медичного загону спеціального призначення (МЗСП) із спеціалізованими групами медичного підсилення, необхідним обладнанням та середнім медичним персоналом. Таким чином, замість концепції невідкладної спеціалізованої хірургічної допомоги було запропоновано концепцію «ранньої спеціалізованої хірургічної допомоги» (РСХД) [10, 11, 15, 16], яка була реалізована шляхом створення трьох ешелонів спеціалізованих ЛУ: перший ешелон – багато-профільні ВГ і МЗСП із спеціалізованими групами підсилення; другий – ВГ Північного Кавказького і Приволзького воєнних округів; третій – головні військові клінічні госпіталі (ГВКГ) Центру та клінік в ВМедА ім. Кірова. Доцільність застосування 2-етапної ЛЕЗ підтверджувалась результатами досліджень, в яких вивчали залежність результатів лікування поранених від числа етапів евакуації. Було встановлено, що при наданні допомоги за 2-етапною схемою ускладнення розвивалися у 28%, за 3-етапною у 76%, за 4-етапною – у 92% поранених відповідно, причиною яких було збільшення терміну надання вищезазначеної медичної допомоги від моменту поранення [11].

На нашу думку та думку експертів, найоб'єктивнішим показником ефективності вибраної системи ЛЕЗ є смертність, яка під час обох конфліктів склала близько 1,3% [16].

Таким чином, досвід, отриманий медичною службою під час бойових дій у Афганістані та на Північному Кавказі, показав, що не всі складові визначення СМД є обов'язковими до виконання. Було перекошливо доведено необхідність та придатність можливість маневрувати обсягом СМД шляхом скорочення етапів медичної евакуації. Впроваджені кошенції ПСХД та РСХД доповнили військово-медичну доктрину Збройних Сил Російської Федерації та визначили подальшу стратегію і тактику розвитку СМД.

Аналіз досліджень вітчизняних авторів, пов'язаних з обґрунтуванням організації СМД у ЗС України в особливий період, дає змогу зробити висновок, що в них розглядалися тільки окремі питання цього виду медичної допомоги [2, 7, 8, 13].

Тільки у наукових дослідженнях [1, 3] вперше на теренах України подається системний підхід до наукового обґрунтування системи ЛЕЗ в Збройних Сил (ЗС) України на основі імітаційної моделі застосування ЗС України за певними ситуаціями. Автору вдалося досить чітко обґрунтувати структуру лікувально-евакуаційних груп поранених і хворих у вхідному потоці до Територіальної госпітальної бази МОЗ України, що дає можливість спрогнозувати спеціалізацію лікувальних установ, відділень у складі ТерГБ МОЗ України.

Отже, питання організації надання СМД у ЗС України під час їх застосування за призначенням, на нашу думку, потребує глибокого наукового системного дослідження на державному і галузевому рівнях з обов'язковим урахуванням досвіду, отриманого військово-медичною службою колишнього Радянського Союзу та ЗС Російської Федерації під час бойових дій у Афганістані та на Північному Кавказі.

Висновки

1. Вишикешно та подальшому розвитку системи ЛЕЗ бойових дій військ, особливо організації надання СМД військовослужбовцям як її підсистеми, сприяли певні історичні умови, соціально-економічний та політичний устрій держави, організація збройних сил та їх технічне оснащення засобами ураження, зміни способів ведення бойових дій, якісні зміни в розмірах і структурі СВ, рівень розвитку медичної науки і технічного оснащення військово-медичної служби, особливо засобами авіаційної евакуації.

2. Зміни, що відбулися у структурі СВ під час зазначених бойових дій, вимагали надання спеціалізованих медичних заходів пораненим і хворим уже на першому етапі медичної евакуації, що обумовило необхідність скорочення їх кількості та появи нових організаційних форм СМД у вигляді концепцій НСХД та РСХД.

3. Основу побудови ешелонування угруповань сил і засобів медичної служби під час локальних конфліктів складала мережа стаціонарно розташованих ЛУ військового округу, які за рахунок спеціалізованих груп підсилення фактично виконували функції багатопрофільних військових госпіталів.

4. Теоретичною базою можливої системи СМД у ЗС України повинна бути військово-медична доктрина, концептуальні положення якої повинні мати всебічне нормативно-правове забезпечення. Повнота законодавчого забезпечення, як свідчить історія військової медицини, є провідним чинником впливу на ефективність медичного забезпечення ЗС держав світу.

Література

1. Бадюк М.І. Визначення концептуальних положень функціонування госпітальних баз, як моделі єдиного медичного простору на особливий період / М.І. Бадюк // Проблеми військової охорони здоров'я : зб. наук. пр. – К. : УВМА, 2006. – Вип. 17. – С. 96–101. – Бібліографія – С. 101.
2. Бадюк М.І. Основні засади формування нормативної бази діяльності медичної служби ЗС України / М.І. Бадюк // Військова медицина України. – 2007. – Т. 7, № 1–2. – С. 5–9. – Бібліографія – С. 9.
3. Бадюк М.І. Основні принципи формування системи медичного забезпечення військ за територіальним принципом / М.І. Бадюк // Військова медицина України. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 5–12. – Бібліографія – С. 12.
4. Основні напрoвлення в розвитку спеціалізованої медичної допомоги в ВС Російської Федерації / А.Б. Белєвгін, А.М. Шелєпов, І.Ф. Савченко, А.Э. Никилін // Воен.-мед. журн. – 2009. – № 12. – С. 15–23. – Бібліографія – С. 23.
5. Бобий Б.В. О спеціалізації коек в евакуаційних госпіталах Народно-го комісаріату здравоохрoнення ССРСР / Б.В. Бобий // Воен.-мед. журн. – 1991. – № 4. – С. 7–10. – Бібліографія – С. 10.
6. Бойчак М.П. Досвід надання медичної допомоги військовослужбовцям та цивільному населенню в Київському Військово-медичному центрі / М.П. Бойчак, Л.А. Голік // Військова медицина України. – 2001. – Т. 1, № 2. – С. 144–148. – Бібліографія – С. 148.
7. Бойчак М.П. Лікувально-діагностична вертикаль в ЗС України: стан та шляхи подальшого удосконалення / М.П. Бойчак, Л.А. Голік, Я.Ф. Радич // Військова медицина України. – 2001. – Т. 1, № 2. – С. 9–14. – Бібліографія – С. 14.
8. Брюсов П.Г. Значение опыта медицинского обеспечения боевых действий в Афганистане для развития военно-полевой хирургии / П.Г. Брюсов // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 4–5. – С. 18–22.
9. Гуманенко Е.К. Тенденции развития военно-полевой хирургии в вооруженных конфликтах второй половины XX века / Е.К. Гуманенко, И.И. Самаховалов, А.А. Трусов // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 10. – С. 15–22. – Бібліографія – С. 22.
10. К вопросу о необходимости сокращения этапов медицинской эвакуации в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов / Б.В. Гайдар, В.А. Иванцов, В.О. Сидельников [и др.] // Воен.-мед. журн. – 2004. – № 6. – С. 4–7. – Бібліографія – С. 7.
11. Кухленко О.С. Система етапного лікування в ЗС України / О.С. Кухленко, Л.К. Давидюк // Військова медицина України. – 2001. – Т. 1, № 2. – С. 15–19. – Бібліографія – С. 19.
12. Нечаев Э.А. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения раненых / Э.А. Нечаев, П.Г. Брюсов, И.А. Ерохин // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 1. – С. 17–21.
13. Печаев Э.А. Опыт медицинского обеспечения советских войск в Афганистане и вопросы дальнейшего развития медицины / Э.А. Печаев // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 4–5. – С. 5–14.

14. Организация и содержание специализированной хирургической помощи в многопрофильных военных госпиталях 1-го эшелона во время контртеррористических операций на Северном Кавказе (Сообщение пятое) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов, В.И. Бадаюв // Воен.-мед. журн. — 2006. — № 3. — С. 7–18.

15. Приемы организации оказания хирургической помощи и особенности структуры санитарных потерь в контртеррористических операциях на Северном Кавказе (Сообщение первое) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов, В.В. Северин // Восп.-мед. журн. — 2005. — № 1. — С. 4–13.

16. Синопальников И.В. Особенности организации квалифицированной и специализированной помощи Советских войск во время войны в Афганистане / И.В. Синопальников // Воен.-мед. журн. — 2009. — № 2. — С. 7–10.

17. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в отдельных медицинских отрядах специального назначения (Сообщение четвертое) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов [и др.] // Восп.-мед. журн. — 2006. — № 1. — С. 12–19.

18. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе: специализированная хирургическая помощь в лечебно-профилактических учреждениях 2–3-го эшелонах (Сообщение шестое) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов [и др.] // Воен.-мед. журн. — 2006. — № 9. — С. 9–18.

19. Чиж И.М. Итоги медицинского обеспечения группировки войск в контртеррористической операции на Северном Кавказе в 1999–2002 гг. / И.М. Чиж, А.А. Ларьков, А.М. Шелетов // Восп.-мед. журн. — 2003. — № 10. — С. 4–12.

Особенности развития и становления специализированной медицинской помощи военнослужащим

Б.Б. ЖУПАН

Резюме. В работе приведены особенности развития и становления специализированной медицинской помощи и лечения военнослужащих в историческом аспекте. Выявлены основные формы и условия оказания специализированной медицинской помощи.

Ключевые слова: организация медицинского обеспечения, специализированная медицинская помощь, лечебно-эвакуационное обеспечение войск.

The features of development and formation of specialized medical care for servicemen

B.B. JUPAN

Summary. The article presents the features of development and formation of specialized medical care and treatment for servicemen in the historical aspect. The main forms and conditions of specialized medical care were revealed.

Keywords: health maintenance organization, specialized medical care, medical and evacuation support for troops.