

В.В. Вороненко¹, М.Д. Близнюк², В.П. Печиборщ², О.Ю. Шуригін²

¹Державна установа «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», Київ

²Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України», Київ

Особливості медичного забезпечення населення та військ у зоні АТО. Реалії та перспективи створення єдиного медичного простору

У статті висвітлено особливості співпраці системи цивільної охорони здоров'я та медичних служб силових міністерств і відомств у процесі організації медичного забезпечення під час ведення бойових дій у зоні проведення антитерористичної операції (АТО). Проведено аналіз стану цієї співпраці у процесі здійснення лікувально-евакуаційних заходів серед населення зони АТО та у військах Збройних сил України та інших військових формувань. Виявлено суттєві проблеми у створенні адекватної системи чіткої взаємодії, визначено шляхи їх усунення.

Ключові слова: єдиний медичний простір, цивільна охорона здоров'я, медичні служби силових міністерств і відомств.

Вступ

Незважаючи на Мінські угоди, збройний конфлікт на Сході України супроводжується значними людськими жертвами і завдає величезних матеріальних, фінансових, соціальних та психологічних збитків нашій державі та її громадянам. Він виявив ряд серйозних проблем у медичному забезпеченні військ і зумовив необхідність проведення детального аналізу та вжиття адекватних заходів для їх подолання (Верба А.В., 2015).

За час проведення антитерористичної операції (АТО) на Сході України загинули тисячі українських військовослужбовців. Найбільші втрати мають Збройні сили України (ЗСУ), значно менші — Міністерство внутрішніх справ (МВС) України, Національна гвардія, Державна прикордонна служба України, Державна служба України та надзвичайних ситуацій, Служба безпеки України (СБУ). Але особливо великі втрати відзначено серед мирного населення, яке проживає в зоні АТО. Домінування кількості вбитих і поранених серед цивільного населення над військовослужбовцями є однією з характерних особливостей гібридної війни, що є першою передумовою необхідності об'єднання зусиль та спільних дій військової системи та системи цивільної охорони здоров'я (СЦОЗ) в Україні.

Суттєвою проблемою для держави є й величезна кількість внутрішньо переміщених осіб.

Для забезпечення захисту життя і здоров'я мирних громадян від наслідків надзвичайних ситуацій (НС) соціального та воєнного характеру під час ведення бойових дій в особливий період, а також техногенного та природного характеру в мирний час практично у всіх державах світу створені та функціонують системи цивільного захисту (ЦЗ). Потреба у створенні систем ЦЗ зумовлена катастрофічним зростанням небезпечних для життя і здоров'я населення загроз та наслідків НС. У результаті ведення бойових дій у ХХ ст. відносні втрати цивільного населення щодо загальних втрат збільшилися в десятки разів. Так, у Першу світову війну втрати серед цивільного населення становили 5% загальних втрат, у Другу світову війну — 48%, а під час війни в Кореї — 84%, під час війни США у В'єтнамі — 90%, а під час локального конфлікту в Чечні — 95% загальної кількості втрат. За даними звіту Iraq Body Count, аналогічні показники зафіксовано в Республіці Ірак під час проведення «мироутворчої операції», коли близько 79% медико-санітарних втрат припало на мирне населення. У Лівії, за даними спеціальних джерел, зокрема спецслужб Ірану, медико-санітарні втрати становили близько 40 тис. осіб, з яких втрати мирного населення — понад 80%.

Керівний склад медичних служб ЗСУ та інших військових формувань, професорсько-викладацький склад Української військово-

медичної академії, Національної академії медичних наук (НАМН) України постійно бувають у зоні АТО, на місцях звичають і «тримають руку на пульсі» в питаннях організації медичного забезпечення військ. Аналіз проблем медичного забезпечення завжди в полі зору наукових форумів, велика кількість яких проведена за останній час.

Водночас зазначимо, що проблеми медичного забезпечення ЗСУ, інших військових формувань і добровольчих батальйонів знаходяться під постійною увагою керівництва держави та військових формувань.

Що стосується СЦОЗ в єдиній державній системі ЦЗ, то при виникненні НС організація медичної допомоги (МД) постраждалим та особовому складу підрозділів ЦЗ, проведення лікувально-евакуаційних заходів постраждалих із зони НС покладаються на спеціалізовані медичні служби ЦЗ (МСЦЗ). Надзвичайно серйозною проблемою державного управління в Україні є те, що, незважаючи на безумовні зовнішньополітичні та внутрішньодержавні проблеми та нагальну потребу в створенні МСЦЗ, у нашій державі вона практично відсутня. Після розвалу СРСР діюча до цього в УРСР республіканська система МСЦЗ фактично втратила дієвість, а нова — не була створена внаслідок неузгодженості законодавства та іншої нормативно-правової бази. Згідно з Кодексом цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI, створена єдина державна служба ЦЗ, в якій достойне місце повинні зайняти функціональні підсистеми ЦЗ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України та МСЦЗ (Верховна Рада України, 2012).

Таким чином, настав час створення дієвого єдиного медичного простору (ЄМП) держави, що передбачає забезпечення умов для найефективнішого і раціонального використання наявних медичних ресурсів, спрямованих на організацію повноцінного медичного забезпечення військовослужбовців ЗСУ та інших військових формувань і населення України.

Мета роботи — оцінка стану організації взаємодії медичних служб силових структур і відомств та СЦОЗ щодо створення в державі ЄМП.

У процесі підготовки публікації використано та проаналізовано нормативно-правові державні документи та інші джерела щодо створення ЄМП в єдиній державній системі ЦЗ під час проведення АТО та на випадок НС техногенного, природного, соціального чи воєнного характеру.

У роботі використано матеріали наукових публікацій, науково-практичних конференцій з питань особливостей медичного забезпечення військових частин і населення в умовах сучасних військових конфліктів і гібридних воєн.

Робота основана на детальному вивченні та аналізі питань організації надання МД, починаючи від поля бою (осередку масових санітарних втрат) до кваліфікованої, спеціалізованої, високоспеціалізованої МД та реабілітації.

Нормативно-правова база взаємодії медичних служб

На випадок НС воєнного характеру Воєнною доктриною України, затвердженою Указом Президента України від 24.09.2015 р. № 555/2015 «Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 р. «Про нову редакцію Воєнної доктрини України», передбачено спільні дії ЗСУ з МВС України, Державною прикордонною службою, Національною гвардією, СБУ, Державною службою України з надзвичайних ситуацій. Згідно з Воєнною доктриною України, у мирний час не передбачалося ведення бойових дій на території суміжних держав, тому відповідні формування медичної служби не були створені; планувалося використання стаціонарної мережі цивільних (ЦЗОЗ) та військових закладів охорони здоров'я за територіальним принципом.

У мирний час створено територіальні госпітальні бази МОЗ України, на виконання постанови Кабінету Міністрів України (КМУ) від 11.03.2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту» МОЗ України за активною участю Державної служби України з надзвичайних ситуацій створюються функціональні підсистеми єдиної державної системи ЦЗ.

В умовах мирного часу Міністерством оборони (МО) України створено мобільні військові госпіталі, які базувалися на фондах військових клінічних центрів регіонів і призначені для надання кваліфікованої МД на оперативних напрямках в зоні ведення бойових дій.

Згідно з вимогами ст. 4 Кодексу цивільного захисту України, визначена функція держави, яка спрямована на захист населення, територій, навколишнього природного середовища та майна від НС шляхом запобігання таким ситуаціям, ліквідації їх наслідків і надання допомоги постраждалим у мирний час та в особливий період. Згідно зі ст. 5, виділяють НС техногенного, природного, соціального та воєнного характеру (Верховна Рада України, 2012).

Водночас, згідно з Постановою КМУ від 09.01.2014 р. № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту», створено дві функціональні підсистеми єдиної державної системи цивільного захисту (ЄДСЦЗ), а саме: підсистему медичного, біологічного та психологічного захисту та підсистему забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення.

Головними причинами проблем медичного забезпечення в зоні АТО стали відсутність у медичних служб ЗСУ та інших військових формувань необхідних сил та засобів, а також взаємодії та узгодженості в діях медичних служб різних військових формувань і ЦЗОЗ. Вирішення цих проблем, забезпечення своєчасною МД поранених військовослужбовців і цивільного населення, якісне їх лікування можливе за умови створення в державі єдиної системи військової, цивільної охорони здоров'я та ЄДСЦЗ, яка об'єднала би зусилля всіх учасників у чітко працюючий механізм.

З метою збереження життя і здоров'я військовослужбовців через досягнення максимальної ефективності їх медичного забезпечення шляхом об'єднання зусиль медичних служб ЗСУ, інших військових формувань та системи охорони здоров'я цивільного населення, у МО України опрацьовано проект Воєнно-медичної доктрини України, який пройшов погодження у визначених центральних органах виконавчої влади України і правову експертизу в Міністерстві юстиції України та, відповідно до встановленого порядку, направлений на затвердження до Адміністрації Президента України.

Причини проблем в організації медичного забезпечення

Згідно з Постановою Верховної Ради України від 22.04.2015 р. № 351-VIII «Про проведення Парламентських слухань на тему: «Про Військово-медичну доктрину України», 30.05.2015 р. вони були проведені, а згідно з Постановою Верховної Ради України від 25 листопада 2015 р. № 827-VIII «Про рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України»,

визначено основні пріоритети щодо прийняття та затвердження Воєнно-медичної доктрини України, яка стане основою побудови системи воєнної охорони здоров'я і базовим програмним документом для реформування і розвитку медичних служб ЗСУ та інших військових формувань (Білий В.Я. та співавт., 2015).

Заходи реагування влади

Військові лікарі в зоні АТО надавали і продовжують надавати методичну та консультативну допомогу лікарям ЦЗОЗ, розміщених в зоні АТО чи поблизу неї, а також надають МД та здійснюють лікування поранених серед цивільного населення.

Зараз система лікувально-евакуаційних заходів медичного забезпечення АТО передбачає надання МД в порядку самої взаємодопомоги, у подальшому — в медичних підрозділах військових частин і з'єднань, у розгорнутих військових мобільних госпіталях, Дніпропетровському військовому госпіталі та Військово-медичному клінічному центрі (ВМКЦ) Північного регіону, у 17 центральних районних лікарнях у зоні бойових дій та у Дніпропетровській обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечникова. Після надання необхідної МД та стабілізації стану поранених їх евакуювали до Національного ВМКЦ «Головний військовий клінічний госпіталь МО України» та інших ВМКЦ регіонів, а також до клінічних закладів НАМН України.

Під час проведення лікувально-евакуаційних заходів у зоні АТО сформувалися два основні евакуаційні напрями з розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівнями медичного забезпечення): перший, переважно з Луганської області, — на Харків, другий, переважно з Донецької області, — на Дніпро, і згодом сформовано третій евакуаційний напрям — на Запоріжжя. Найвагоміший внесок у загальнодержавну справу медичного забезпечення АТО зробила Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова.

Зважаючи на тривалість АТО, велику кількість санітарних втрат (як серед військовослужбовців ЗСУ, інших військових формувань, так і цивільного населення), на сьогодні стало очевидним, що наявними силами та засобами медичної служби ЗСУ та інших військових формувань, навіть за умов їх підсилення, доукомплектування та використання мобілізаційних ресурсів, активного маневру ними, неможливо повністю покрити потреби військ у медичному забезпеченні, що потребувало залучення до системи лікувально-евакуаційних заходів у зоні бойових дій ЦЗОЗ.

За таких умов виникла необхідність в організації чіткої взаємодії медичної служби ЗСУ та медичних служб інших військових формувань і правоохоронних органів із ЦЗОЗ, яка реалізована шляхом створення відповідних штабів при МОЗ України, НАМН України, а нині сформований та почав продуктивно працювати Військово-цивільний штаб при МО України (Верба А.В., 2015).

Для повсякденної організації заходів щодо ліквідації наслідків НС воєнного характеру на Сході України створена й успішно функціонує скоординована система МО, МВС, МОЗ, Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), СБУ, НАМН України та волонтерських організацій щодо надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) потерпілим серед населення та військовослужбовцям ЗСУ, яка започаткувала свою діяльність зі створення Військово-цивільного координаційного штабу МД (далі — Штаб). У зоні ведення бойових дій організація та забезпечення надання само- і взаємодопомоги, домедичної, медичної, долікарської, лікарської допомоги покладається на медичну службу МО, МВС, Національної гвардії, Державної прикордонної служби та підрозділи ДСНС України. Штаб на принципових позиціях виявив і проаналізував існуючі проблеми та вперше звернув увагу на проблеми в медичному забезпеченні цивільного населення в зоні АТО. Систематизовано форми і методи навчання військовослужбовців та населення з правил надання самої взаємодопомоги та надання домедичної допомоги пораненим і постраждалим внаслідок НС. Весь особовий склад забезпечено засобами індивідуального медичного захисту, а військово-медичні частини та підрозділи — необхідним комплектно-табельним майном та оснащенням. З'явилися перші зразки засобів медичної евакуації з поля бою до етапів медичної евакуації та між етапами, активно використовуються засоби аеромедичної евакуації в тил країни.

У результаті всіх вищезазначених заходів почала набувати певних організаційних форм система медичного забезпечення

військовослужбовців у зоні АТО, знизилася часова показники надання МД, поліпшилася якість МД та лікування, почали вирішуватися питання медичної та медико-соціальної реабілітації поранених.

Водночас неповністю вирішено питання взаємодії військової та цивільної охорони здоров'я щодо надання спеціалізованої та високоспеціалізованої МД і лікування поранених військовослужбовців у ЦЗОЗ різних форм власності внаслідок правових колізій у порядку та джерел їх фінансування.

Медичне забезпечення більшості поранених і постраждалих під час АТО з числа цивільного населення здійснюється в загальній системі охорони здоров'я держави, проте його проблеми досі детально не повністю вивчені та не проаналізовані. Медична інфраструктура в зоні бойових дій та на території окремих населених пунктів Донецької та Луганської областей зруйнована, а в цілому — розбалансована, що створює певні проблеми в забезпеченні доступною, гарантованою МД як учасників АТО, так і цивільного населення.

Керівництво військово-цивільних адміністрацій Донецької та Луганської областей та їхніх департаментів охорони здоров'я вживає адекватних заходів щодо забезпечення стабільної роботи закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в місцях їх постійної дислокації або на нових місцях після переміщення, організації медичного забезпечення цивільного населення, що проживає в районах бойових дій або суміжних із ними, надання медико-консультативної допомоги мешканцям населених пунктів, де відсутні або зруйновані ЗОЗ, наближення спеціалізованої МД до населення, яке проживає в зоні розмежування тощо.

Що стосується сил і засобів ЕМД та медицини катастроф у функціональній підсистемі єдиної державної системи ЦЗ, то, за даними оперативного штабу МОЗ України, в регіонах приведено у повну готовність 104 спеціалізовані бригади другої черги медицини катастроф із можливим терміновим виїздом до ЗОЗ Луганської та Донецької областей.

Крім того, відповідно до Указів Президента України від 14.01.2015 р. № 14 «Про рішення Ради Національної безпеки та оборони України від 20.12.2014 р. «Про деякі оборонно-мобілізаційні питання» та від 30.01.2015 р. № 40 «Про додаткові заходи щодо забезпечення проведення часткової мобілізації у 2015 році», розпорядження КМУ від 26.01.2015 р. № 47-р «Про встановлення режимів підвищеної готовності та надзвичайної ситуації», з метою подолання наслідків НС державного рівня соціального та воєнного характеру, згідно з наказом МОЗ України від 18.05.2015 р. № 75 «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру», в масштабах країни в лікарнях системи охорони здоров'я створено резерв ліжкового фонду із розрахунку 30% ліжкової потужності цих закладів. Цим самим наказом конкретизовано заходи для ЗОЗ в умовах особливого періоду та подолання наслідків НС державного рівня соціального та воєнного характеру.

Таким чином, відповідно до зазначених нормативно-правових актів передбачене створення ЄМП в організації медичного забезпечення військ АТО. Це знайшло реальне відображення в ході бойових дій, і передбачено весь комплекс підготовчих заходів на особливий період.

Сутність лікувально-евакуаційних заходів

За офіційним визначенням сутність лікувально-евакуаційних заходів полягає у своєчасному, послідовному та спадкоємному проведенні пораненим і хворим необхідних лікувальних заходів на полі бою (в осередках масових санітарних втрат) і на етапах медичної евакуації, у поєднанні з їх евакуацією до ЗОЗ, що забезпечують повноцінне лікування та реабілітацію.

Своєчасність досягається високим рівнем навченості особового складу бойових підрозділів правилам надання само-, взаємодопомоги (домедичної) допомоги та МД на полі бою, забезпеченості особового складу індивідуальними засобами медичного захисту із часною евакуацією пораненого (постраждалого) на етапи медичної евакуації за призначенням.

Послідовність і наступність досягається високим рівнем підготовки медичного персоналу на всіх етапах медичної евакуації, єдиним

розумінням бойової вогнепальної травми, чітким веденням медичної документації під час надання МД, лікування та реабілітації.

Основою сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів ЗСУ становить система етапного лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням та реабілітацією. Означена система базується на таких принципах:

- своєчасність, спадкоємність і послідовність у наданні МД, лікуванні та реабілітації;
- надання МД пораненим та хворим і початок інтенсивної терапії якомога раніше від часу поранення, захворювання;
- ешелонування МД між медичними підрозділами та ЗОЗ;
- поєднання заходів із надання МД пораненим і хворим з евакуацією за призначенням;
- проведення інтенсивної терапії тяжкопораненим і хворим під час евакуації;
- евакуація поранених і хворих за призначенням до того лікувального закладу, де їм буде надана вичерпна МД з подальшим лікуванням до одужання;
- спеціалізація МД, лікування та реабілітація поранених і хворих.

У сучасних умовах набувають актуальності принципи доступності та безкоштовності надання ЕМД як в зоні АТО, так і поза її межами як військовослужбовцям, так і мирному населенню, що проживає на цій території, а також переселенцям.

Водночас констатуємо, що в сучасних умовах питання найдоцільнішої організаційно-штатної структури підрозділів, частин та закладів військової медичної служби і ЦЗОЗ та найраціональніше їх використання набуває особливої ваги й гостроти.

Досвід організації Служби екстреної медичної допомоги США свідчить про доцільність створення спеціально підготовлених бригад ЕМД, що отримали назву «бригади тактичної медицини». Основне їхнє завдання полягає у медичному забезпеченні спеціальних МД постраждалих при вогнепальних і міно-вибухових пораненнях на небезпечних територіях. Для відпрацювання питань міждисциплінарної та галузевої координації повноважних представників служб ЕМД залучають до планування проведення операції в межах їх компетенції (Мазуренко О.В. та співавт., 2015).

Взаємодія СЦОЗ починається тільки з етапу кваліфікованої МД і відстежується на подальших етапах медичної евакуації (спеціалізована та високоспеціалізована МД) з лікуванням та евакуацією за призначенням та подальшою реабілітацією. Етапне лікування поранених і хворих з евакуацією їх за призначенням та реабілітацією, які базуються на принципах своєчасності, спадкоємності й послідовності у наданні МД, його ешелонування за військовими медичними підрозділами та закладами та ЗОЗ, підтверджують свою актуальність і на сьогодні.

Досвід ведення гібридної війни та положення Воєнно-медичної доктрини є яскравим свідченням того, що заходи організації медичного забезпечення ЗСУ та інших силових міністерств і відомств та організація чіткої взаємодії з СЦОЗ, спрямовані на надання ЕМД пораненим і хворим військовослужбовцям та населенню на всіх етапах медичної евакуації, починаючи від поля бою до спеціалізованої та високоспеціалізованої МД та реабілітації, реально впроваджуються в життя. ЄМП в державі створюється, ефективність її впровадження перевіряється сьогодні в АТО.

Незважаючи на позитивні зрушення в організації медичного забезпечення, наявна недосконалість надання МД в районах бойових дій на Сході України як учасникам АТО, так і мирному населенню. Водночас потребують більш системного вирішення на загальнодержавному рівні питання вдосконалення надання МД та реабілітації громадян України, які постраждали внаслідок бойових дій.

Безперечним залишається факт щодо створення ефективної системи медичного забезпечення громадян, які постраждали внаслідок бойових дій, включаючи заходи з проведення їм реабілітації медико-соціального спрямування.

Доцільно відзначити, що потребує термінового наукового обґрунтування методологія створення державної інтегрованої системи медичного забезпечення осіб, які постраждали під час проведення АТО, яка передбачала б вирішення проблеми на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях. Результатом її опрацювання та запровадження має стати забезпечення виконання визначених законодавством соціальних гарантій медичного спрямування громадянам України, які постраждали під час АТО, пошук джерел

і запровадження механізму достатнього фінансування, раціонального використання державних коштів і медичних ресурсів на лікування та медичну реабілітацію (Жаховський В.О. та співавт., 2015).

Висновки

Незважаючи на набутий досвід та деякі позитивні зрушення в організації взаємодії в процесі медичного забезпечення військ (сил) та цивільного населення як на державному, так і на відомчому рівні, ці питання ще не повною мірою відповідають сучасним вимогам щодо гарантованих обсягів та якості надання МД, лікування та реабілітації, що свідчить про недостатній рівень розроблення та впровадження системних рішень і програмних документів.

Необхідною умовою поліпшення стану взаємодії в процесі організації медичного забезпечення військ і населення є глибоке вивчення та аналіз реального стану справ, опрацювання наукового обґрунтування методології створення державної інтегрованої системи медичного забезпечення, яка передбачала б вирішення проблем медичного забезпечення на державному, міжвідомчому, регіональному та місцевих рівнях (Жаховський В.О. та співавт., 2015).

Список використаної літератури

- Білий В.Я., Жаховський В.О., Лівінський В.Г. (2015) Місце та роль Воєнно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. Наука і оборона, 1: 9–14.
- Верба А.В. (2015) Роль і місце військової медицини в єдиному медичному просторі України. Україна. Здоров'я нації, 3 (специвипуск): 19–21.
- Верховна Рада України (2012) Кодекс цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI (<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5403-17>).
- Верховна Рада України (2015) Постанова Верховної Ради України від 22.04.2015 р. № 351-VIII «Про проведення Парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України».
- Верховна Рада України (2015) Постанова Верховної Ради України від 25.11.2015 р. № 827-VIII «Про рекомендації Парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України».
- Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Славський Г.О. (2015) Антитерористична операція в Україні: уроки медичного забезпечення, Україна. Здоров'я нації, 3 (специвипуск): 31–35.
- Кабінет міністрів України (2014) Постанова КМУ від 09.01.2014 р. № 11 «Про затвердження Положення про єдину державну систему цивільного захисту».
- Кабінет міністрів України (2015) Постанова КМУ від 11.03.2015 р. № 101 «Про затвердження типових положень про функціональну і територіальну підсистему єдиної державної системи цивільного захисту».
- Кабінет міністрів України (2015) Розпорядження КМУ від 26.01.2015 р. № 47-р «Про встановлення режиму підвищеної готовності та надзвичайної ситуації».
- Мазуренко О.В., Рощін Г.Г., Волошин В.О. (2015) Тактична медицина як основа складової екстреної медичної допомоги при проведенні антитерористичної операції. Нов. мед. фармац., 1(525): 16.
- МОЗ України (2015) Наказ МОЗ України від 18.02.2015 р. № 75 «Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я

в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру».

Особенности медицинского обеспечения населения и войск в зоне АТО. Реалии и перспективы создания единого медицинского пространства

В.В. Вороненко, Н.Д. Близнак, В.П. Печиборщ, А.Ю. Шурыгин

Резюме. В статье освещены особенности сотрудничества системы гражданского здравоохранения и медицинских служб силовых министерств и ведомств в процессе организации медицинского обеспечения при ведении боевых действий в зоне антитеррористической операции (АТО). Проведен анализ этого сотрудничества в процессе осуществления лечебно-эвакуационных мероприятий среди населения зоны АТО и в войсках Вооруженных сил Украины и других военных формирований. Выявлены существенные проблемы в создании адекватной системы четкого взаимодействия, определены пути их устранения.

Ключевые слова: единое медицинское пространство, гражданское здравоохранение, медицинские службы силовых министерств и ведомств.

Features of the medical provision of the population and the troops in the ATO area. Realities and perspectives of united medical space creation

V.V. Voronenko, M.D. Bliznyuk, V.P. Pechyborshch, A.Yu. Shurygin

Summary. The article highlights the collaboration features of civil health care and medical services, law enforcement departments and agencies in the organization of medical support during combat operations in the anti-terrorist operation (ATO) area. The analysis of this cooperation in the implementation of medical evacuation of people in the ATO area and the troops of the Armed Forces and other military formations was conducted. It were found the significant problems in creating an adequate system of clear interaction, the ways to address them were identified.

Key words: single medical space, civilian public health, medical services of the power ministries and departments.

Адреса для листування:

Близнак Микола Дмитрович
02000, Київ, вул. Братиславська, 3
Державний заклад «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Міністерства охорони здоров'я України»
E-mail: disastermed2@ukr.net

Одержано 12.05.2017

РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

Роды после 30 лет связывают с увеличением продолжительности жизни

Женщины, которые после достижения 30 лет родили первого ребенка, живут дольше, чем те, у которых ребенок появился в подростковом возрасте или после 20 лет — к таким выводам в ходе новой работы пришли ученые Коимбрского университета (University of Coimbra), Португалия.

Для данной работы ученые изучили медицинские данные женщин из различных стран ЕС за 9 лет. Обращали внимание на средний возраст женщин при рождении первого ребенка, средний возраст беременных и долю матерей-подростков. Оказалось, что возраст рождения первого ребенка коррелирует с продолжительностью жизни матери. И это не впервые выявленная связь. В 2014 г. ученые Школы общественного здоровья Бостонского университета (School of Public Health, Boston University, Boston), США, пришли к аналогичному выводу. Они рассчитали, что у женщины, которые становятся матерями после достижения ими 33 лет, шансы на долголетие значительно выше, чем у их сверстниц, родивших первого ребенка до 30 лет.

Вероятно, что основой выявленной взаимосвязи являются множество внутренних и внешних факторов. Так, с биологической точки зрения, женщина может стать матерью задолго до достижения 18 лет, однако чем моложе она будет, тем опасней беременность и для нее, и для будущего ребенка. При этом не следует недооценивать социальные факторы, влияющие на продолжительность жизни. Например, женщины, которые поздно решают стать матерями, обычно финансово состоятельны и хорошо образованы, могут позволить себе качественную здоровую пищу и имеют доступ к медицинским услугам. Кроме того, в ходе последнего исследования ученые выявили, что женщины, родившие первого ребенка после достижения 33 лет, часто являются носителями гена, отвечающего за возможность деторождения в старшем возрасте, и гена долголетия.

Dovey D. (2017) Mothers who give birth in 30+ may live longer than young moms. Medicaldaily, Aug. 02 (www.medicaldaily.com/mothers-who-give-birth-30s-may-live-longer-young-moms-420889).

Fangul S., Paola S., Nicole S. et al. (2015) Extended maternal age at birth of last child and women's longevity in the Long Life Family Study. Menopause, 22(1): 26–31.

Tavares A.I. (2017) Women's life span and age at parity. J. Public Health, 25(4): 351–356.

Юлія Котикович