

ISSN 2077-6594

# УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ

№ 4 (40), 2016

*Украина. Здоровье нации  
Ukraine. Nation's Health*

НАУКОВО-  
ПРАКТИЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

**ЗАСНОВНИКИ**

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»  
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

Головний редактор журналу – Слабкий Г.О.

Заступники головного редактора – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

Відповідальний редактор – Ситенко О.Р.

Літературний редактор – Ратаніна О.М.

Дизайн і верстка – Кривенко Є.М.

Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Погоріляк Р.Ю. (Ужгород)

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

Голова редакційної колегії Лехан В.М.

Болдижар О.О.  
Вороненко Ю.В.  
Гойда Н.Г.  
Голованова І.А.  
Голубчиков М.В.

Грузева Т.С.  
Децик О.З.  
Ковальова О.М.  
Котуза А.С.  
Лисак В.П.

Любінець О.В.  
Мельник П.С.  
Нагорна А.М.  
Рогач І.М.  
Сайдакова Н.О.

Фера О.В.  
Чепелевська Л.А.  
Черемухіна О.М.  
Чопей І.В.  
Шатило В.Й.

**РЕДАКЦІЙНА РАДА**

Голова редакційної ради Запорожан В.М. (Одеса)

Авраменко О.І. (Київ)  
Бояр І. (Польща)  
Горбенко О.В. (Велика Британія)  
Дудіна О.О. (Київ)  
Дудник С.В. (Київ)  
Жилка Н.Я. (Київ)

Клименко В.І. (Запоріжжя)  
Коваленко О.С. (Київ)  
Кудренко М.В. (Київ)  
Лашкул З.В. (Запоріжжя)  
Лобас В.М. (Донецьк)  
Майоров О.Ю. (Харків)

Матюха Л.Ф. (Київ)  
Медведовська Н.В. (Київ)  
Миронюк І.С. (Ужгород)  
Моїсеєнко Р.О. (Київ)  
Нізова Н.М. (Київ)  
Овоц А. (Польща)

Огнєв В.А. (Харків)  
Ситенко О.Р. (Київ)  
Станчак Я. (Польща)  
Степаненко А.В. (Київ)  
Толстанов О.К. (Київ)  
Ярош Н.П. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (наказ Міністерства освіти і науки України від 12.05.2015 р. № 528).

Рекомендовано до друку Вченою радою ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України».

Протокол № 9 від 28.09.2016 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

Тел./факс: +380 44 576-41-19; 576-41-09

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПП від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 29 вересня 2016 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № **3665**

**Видавець:**

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Адреса: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

**Видавник:**

«СПІД ФО «Коломшчин В.Ю.»

Свідоцтво про державну реєстрацію В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»

03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовані. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

## ЗМІСТ

### СТОРІНКА РЕДАКТОРА

*Мельник П.С., Дзюба О.М.,  
Кудренко М.В., Русняк В.А.*  
Наукова діяльність ДУ «Український інститут  
стратегічних досліджень Міністерства охорони  
здоров'я України» у 2016 році ..... 7

### АКТУАЛЬНА ТЕМА

*Білий В.Я., Жаховський В.О.,  
Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Мельник І.П.*  
Розвиток системи лікувально-евакуаційних  
заходів як основи медичного забезпечення  
військ в особливий період ..... 12

*Білий В.Я., Верба А.В.,  
Бадюк М.І., Жаховський В.О., Лівінський В.Г.,  
Слабкий Г.О., Кудренко М.В., Мельник І.П.*  
Актуальність «платинової хвилини»  
та «золотої години» для сучасної системи  
лікувально-евакуаційних заходів ..... 19

### ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ТЕНДЕНЦІ ТА ПРОГНОЗИ

*Клітинська О.В.*  
Аналіз проявів лейкозів  
у порожнині рота в дітей та підлітків ..... 28

*Дудник С.В.*  
Сучасні тенденції  
малюкової смертності в Україні ..... 32

*Шафранський В.В.*  
Стан здоров'я населення  
старших вікових груп як проблема  
системи громадського здоров'я ..... 38

*Красовський К.С.*  
Тенденції поширеності куріння  
серед різних груп населення України  
у 2008–2015 роках ..... 47

*Мишаківська О.М.*  
Порівняння нейропсихіатричних порушень  
в амбулаторних і стаціонарних пацієнтів  
із деменцією в Україні ..... 55

*Северин Г.К., Судья Д.А.,  
Черная Д.А., Слабкий В.Г.*  
Онкологическая патология  
половой сфери у женщин Донецкой области ..... 63

*Дудник С.В., Кошеля І.І.*  
Тенденції стану здоров'я населення України ..... 67

*Kioseva O.V.*  
Characteristics of satisfaction with life  
of undergraduate students with the adjustment  
disorder, who use psychoactive substances ..... 78

*Лисак В.П.*  
Характеристика захворюваності  
та поширеності хвороб ендокринної системи  
серед дитячого населення  
Полтавської області ..... 83

*Лобас М.В.*  
Характеристика захворюваності  
та поширеності хвороб серед населення  
Черкаської області ..... 88

*Скрип В.В.*  
Характеристика населення  
Закарпатської області  
та основні показники його здоров'я ..... 93

### ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Дудіна О.О., Габорець Ю.Ю.*  
Деякі питання доступності  
високоспеціалізованої перинатальної  
допомоги в Україні ..... 100

*Качур О.Ю.*  
Розрахунки необхідних видатків  
на впровадження сучасної системи  
променевої діагностики на рівні  
госпітального округу ..... 106

*Федосюк Р.М.*  
Основні пріоритети служби анестезіології  
та інтенсивної терапії України  
у сфері безпеки пацієнтів ..... 110

*Защик Н.С.*  
Характеристика функціонально-організаційної  
моделі антисуїцидальної допомоги ..... 118

*Чернявский В.В.*  
Концептуальные подходы  
к совершенствованию стоматологической  
ортопедической помощи ..... 123

*Якимець О.В.*  
Доступність спеціалізованої амбулаторно-  
поліклінічної отоларингологічної допомоги  
сільському населенню ..... 127

*Крохмалюк Л.В., Лисенко П.М.*  
**Характеристика мережі закладів  
охорони здоров'я в системі МОЗ України ..... 132**

## **РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Слабкий Г.О., Гойда Н.Г.,  
Моїсеєнко Р.О., Терещенко А.В., Дудіна О.О.*  
**Застосування SWOT-аналізу при оцінці  
впровадження регіоналізації  
перинатальної допомоги в Україні ..... 142**

*Лехан В.М., Крячкова Л.В.,  
Волчек В.В., Росточило С.С.*  
**Порівняльний аналіз підходів  
до розвитку первинної медичної допомоги  
в країнах Європи та в Україні ..... 149**

*Пінчук І.Я., Колодежний О.В.,  
Ладик-Бризгалова А.К., Ячнік Ю.В.*  
**Спільнотні служби охорони психічного здоров'я –  
перспективний напрям розвитку  
психіатричної служби України ..... 162**

*Кручаниця В.В.*  
**Методичні підходи до розробки  
та впровадження регіональних цільових  
антиалкогольних програм ..... 167**

## **НАУКА – ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

*Корчинська О.О., Черняк М.М.,  
Андрашчікова С., Жултакова С., Рібарова Л.*  
**Профілактика та лікування плацентарної  
дисфункції у сучасному акушерстві ..... 171**

## **ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

*Комар В.С.*  
**Задоволеність пацієнтів як показник  
якості відновного лікування  
в санаторно-курортних умовах ..... 176**

## **ОГЛЯД НАУКОВОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

*Клітинська О.В., Федевич М.О.*  
**Шляхи забезпечення стоматологічного  
здоров'я дитини (огляд наукової літератури) ..... 182**

## **БОРОТЬБА ІЗ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИМИ ХВОРОБАМИ**

*Білак-Лук'ячук В.Й.*  
**Результати соціологічного дослідження  
серед студенської молоді з питань  
ВІЛ-інфекції/СНІДу ..... 187**

## **МЕДИЧНІ КАДРИ**

*Фуртак І.І., Ступницький Р.М., Грицко Р.Ю.*  
**Комплексність підготовки лікарів  
загальної практики – сімейної медицини ..... 193**

*Kucherenko N.T., Sytenko O.R.*  
**Condition and problems of personnel  
providing of health care system of Ukraine ..... 199**

## **ІСТОРІЯ МЕДИЦИНИ**

*Ціборовський О.М., Сорока В.М.*  
**Огляд рекрутів (новобранців) як метод  
дослідження стану здоров'я чоловічої молоді  
в ХІХ – на початку ХХ століття ..... 210**

## CONTENT

### EDITOR'S PAGE

<i>Melnyk P.S., Dziuba O.M., Kudrenko M.V., Rusniak V.A.</i> <b>Scientific activity of PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches of MHC of Ukraine" in 2016</b> .....	7
--	---

### ACTUAL THEME

<i>Biliy V.Ya., Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Melnyk I.P.</i> <b>Development of medical evacuation as a basis of medical support in times of crisis</b> .....	12
<i>Biliy V.Ya., Verba A.V., Baduk M.I., Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Slabkiy G.O., Kudrenko M.V., Melnyk I.P.</i> <b>Actuality «platinum minutes» and «golden hour» in modern system for medical evacuation</b> .....	19

### HEALTH OF THE POPULATION: TENDENCIES AND FORECASTS

<i>Klitynska O.V.</i> <b>Analysis of displays of leukemia in the cavity of mouth in children and adolescents</b> .....	28
<i>Dudnyk S.V.</i> <b>Modern tendencies of infant mortality in Ukraine</b> .....	32
<i>Shafranskiy V.V.</i> <b>Health status of older age groups as a problem of public health system</b> .....	38
<i>Krasovsky K.S.</i> <b>Trends in smoking prevalence among the various population groups in Ukraine in 2008–2015</b> .....	47
<i>Myshakivska O.M.</i> <b>Comparison of neuropsychiatric disturbances in outpatients and inpatients dementia in Ukraine</b> .....	55
<i>Severin G.K., Sudya D.A., Chernaya D.A., Slabkiy V.G.</i> <b>Oncologic pathology of the sexual sphere in women of Donetsk region</b> .....	63
<i>Dudnyk S.V., Koshelia I.I.</i> <b>Health' state tendencies of population in Ukraine</b> .....	67

<i>Kioseva O.V.</i> <b>Characteristics of satisfaction with life of undergraduate students with the adjustment disorder, who use psychoactive substances</b> .....	78
---	----

<i>Lysak V.P.</i> <b>Characteristics of morbidity and prevalence of endocrine system diseases among children of Poltava region</b> .....	83
---	----

<i>Lobas M.V.</i> <b>Characteristics of morbidity and prevalence of diseases among the population of Cherkassy region</b> .....	88
--	----

<i>Skryp V.V.</i> <b>Characteristics of the population of Transcarpathian region and the main indicators of health</b> .....	93
---	----

### ORGANIZATION OF HEALTH CARE

<i>Dudina O.O., Gaborets Yu.Yu.</i> <b>Some aspects of highly specialised perinatal care availability in Ukraine</b> .....	100
<i>Kachur O.Yu.</i> <b>Calculations of necessary expenditure for the implementation of modern radial diagnostics system on the level of hospital circuit</b> .....	106
<i>Fedosiuk R.M.</i> <b>Principal priorities of the anaesthesiology and intensive care service of Ukraine in the field of patient safety</b> .....	110
<i>Zashchik N.S.</i> <b>Characteristics of functional-and- organizational model of antisuicidal aid</b> .....	118
<i>Cherniavskiy V.V.</i> <b>Conceptual approaches on improving of dental orthopedic care</b> .....	123
<i>Yakymets O.V.</i> <b>Availability of specialized outpatient otolaryngology care to the rural population</b> .....	127
<i>Krokhmalyuk L.V., Lysenko P.M.</i> <b>Characteristics of the network of health care facilities in the system of MHC of Ukraine</b> .....	132

## REFORMING OF PUBLIC HEALTH SYSTEM

*Slabkiy G.O., Goyda N.G.,  
Moiseyenko R.O., Tereschenko A.V., Dudina O.O.*  
**Application of SWOT-analysis  
at the assessment of implementation  
of perinatal care regionalization in Ukraine** ..... 142

*Lekhan V.M., Kryachkova L.V.,  
Volchek V.V., Rostochylo S.S.*  
**Comparative analysis of the approaches  
to the development of primary health care  
in European countries and in Ukraine** ..... 149

*Pinchuk I.Ya., Kolodezhny O.V.,  
Ladyk-Bryzgalova A.K., Yachnik Yu.V.*  
**The community-based mental healthcare –  
perspective directions of development  
of psychiatric service of Ukraine** ..... 162

*Kruchanytsia V.V.*  
**Methodological approaches  
to the development and implementation  
of regional target antialcohol programs** ..... 167

## SCIENCE FOR HEALTH CARE PRACTICE

*Korchynska O.O., Cherniak M.M.,  
Andrascikova S., Zultakova S., Rybarova L.*  
**Prevention and treatment of placental  
dysfunction syndrome in modern obstetrics** ..... 171

## QUALITY OF HEALTH CARE

*Komar V.S.*  
**The patient satisfaction as a quality  
indicator of rehabilitation treatment  
in the sanatorium-resort conditions** ..... 176

## REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE

*Klitynska O.V., Fedevych M.O.*  
**Way to child dental health  
(examination of the scientific literature)** ..... 182

## STRUGGLE AGAINST SOCIAL-DANGEROUS DISEASES

*Bilak-Lukianchuk V.Y.*  
**The results of sociological survey  
on HIV/AIDS among the students** ..... 187

## MEDICAL PERSONNEL

*Furtak I.I., Stupnytskyi R.M., Hrytsko R.Y.*  
**Complexity training  
general practitioner – family medicine** ..... 193

*Kucherenko N.T., Sytenko O.R.*  
**Condition and problems of personnel  
providing of health care system of Ukraine** ..... 199

## HISTORY OF MEDICINE

*Tsiborovsky O.M., Soroka V.M.*  
**The medical inspection of recruits as method  
of the investigation of the reasons of young  
males' health in the XIX – XX century** ..... 210

УДК 614.2:355.247

В.Я. Білий<sup>1</sup>, А.В. Верба<sup>2</sup>, М.І. Бадюк<sup>1</sup>, В.О. Жаховський<sup>1</sup>,  
В.Г. Лівінський<sup>1</sup>, Г.О. Слабкий<sup>3</sup>, М.В. Кудренко<sup>3</sup>, І.П. Мельник<sup>4</sup>

## АКТУАЛЬНІСТЬ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» ТА «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ» ДЛЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

<sup>1</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Військово-медичний департамент Міністерства оборони України, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

<sup>4</sup>Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

**Мета** – дослідити важливість часових показників надання медичної допомоги та їх вплив на кінцеві результати лікування поранених.

**Матеріали та методи.** Об'єкт дослідження – система військової охорони здоров'я. Предмет – стан медичного забезпечення військовослужбовців, зокрема своєчасність надання медичної допомоги. Методи дослідження – історичний, бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

**Результати.** Ефективність системи військової охорони здоров'я та результати лікування поранених і хворих військовослужбовців залежать від своєчасності надання необхідних видів і обсягів медичної допомоги.

**Висновки.** Для формування сучасної системи медичного забезпечення військ необхідні відповідна нормативно-правова база, належні кадрові та матеріально-технічне забезпечення.

**Ключові слова:** медичне забезпечення, система лікувально-евакуаційних заходів, «платинова хвилина» та «золота година».

### Вступ

Збройний конфлікт на Сході України переорієнтував увагу наших громадян від турбот мирного життя до воєнних проблем, зосередивши її на кількості обстрілів населених пунктів і позицій українських військових, випадків загибелі та поранень військовослужбовців і мирних жителів.

У лексиці українців з'явилися та широко використовуються такі слова, як «антитерористична операція», «гібридна війна», «санітарні втрати», «медична допомога», «медична евакуація», «платинова хвилина» та «золота година». Водночас, незважаючи на те, що офіційні трактування понять «платинова хвилина» та «золота година» у законодавстві України з питань охорони здоров'я відсутні, нині ці словосполучення нерідко застосовуються у професійній термінології військових медиків і медичних фахівців системи невідкладної та екстреної медичної допомоги і запозичені вони від колег із країн НАТО. На нашу думку, широке використання зазначених термінів, зокрема, в медичному середовищі, обумовлене важливістю часових показників у загальній системі надання медичної допомоги і насамперед їх впливом на кінцеві результати лікування поранених.

**Мета роботи** – дослідити важливість часових показників надання медичної допомоги та їх вплив на кінцеві результати лікування поранених.

### Матеріали та методи

Використано нормативно-правові акти та інші керівні документи з організації медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України. Дослідження і аналіз проблем своєчасності надання медичної допомоги та їх вплив на кінцеві результати лікування поранених проведено на основі вивчення вітчизняних і зарубіжних публікацій з означеної теми, а також матеріалів науково-практичних конференцій, присвячених проблемним питанням медичного забезпечення антитерористичної операції (АТО). Методи дослідження: історичний, бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу.

### Результати дослідження та їх обговорення

Збереження життя поранених військовослужбовців під час бойових дій є основним завданням медичної служби в особливий період. Це досягається належною організацією лікувально-евакуаційних заходів (ЛЕЗ), забезпеченням військовослужбовців, медичного персоналу, медичних підрозділів і військово-медичних закладів необхідним медичним оснащенням, а також відповідною підготовкою медичного персоналу та військовослужбовців щодо надання встановлених видів та обсягів медичної допомоги [3].

Основою медичного забезпечення військ під час їх застосування є система ЛЕЗ, яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям (далі – пораненим), їх евакуації, лікування та реабілітації,

а також призначених для цього сил і засобів медичної служби [13]. Вони включають розшук і збір поранених, послідовне надання їм медичної допомоги, евакуацію за призначенням, лікування та медичну реабілітацію. Побудова сучасної системи ЛЕЗ здійснюється з використанням медичних підрозділів військових частин і з'єднань, мобільних і стаціонарних військових лікувальних закладів та широким залученням існуючої мережі цивільних закладів охорони здоров'я.

Головною метою ЛЕЗ є збереження життя, якнайшвидше відновлення боєздатності (працездатності) і повернення до строю якомога більшої кількості поранених військовослужбовців. Сучасна система ЛЕЗ передбачає своєчасне, послідовне і спадкоємне надання медичної допомоги в поєднанні з евакуацією таких військовослужбовців на етапи медичної евакуації (ЕМЕ), що забезпечують надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію [3].

Своєчасність надання медичної допомоги визначається відповідними часовими показниками (термінами) та є основним чинником щодо отримання позитивних результатів лікування поранених. Ефективне надання медичної допомоги досягається організацією своєчасного безперервного вивезення (винесення) поранених із поля бою (осередків санітарних втрат), проведенням медичного сортування та евакуацією їх за призначенням, наближенням сил і засобів медичної служби до районів бойових дій та їх раціональним ешелонуванням. Послідовність у лікуванні поранених забезпечується збільшенням обсягу медичної допомоги та використанням більш складних технологій її надання на кожному з наступних ЕМЕ. Спадкоємність у лікуванні поранених досягається єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях, єдиними методами їх профілактики та лікування, чітким веденням медичної документації.

Пристаюючи до розгляду природи виникнення понять «платинова хвилина» і «золота година», слід провести аналіз та з'ясувати сутність таких дефініцій і показників, як співвідношення загиблих та поранених, причини смерті поранених на полі бою, структуру санітарних втрат, заходи першої медичної і першої лікарської допомоги, а також інші організаційні та клінічні аспекти надання медичної допомоги.

Авторами вивчено публікації медичних і наукових фахівців різних країн та армій, які в різні періоди проводили аналогічні дослідження, та встановлено, що результати цих досліджень у більшості випадків співпадають або є тотожними.

За ствердженням військових медиків НАТО, приблизно 20% поранених солдатів помирають під час бою, з них 90% помирають до того, як отримають допомогу в медичному закладі (Bowen and Bellamy, 1998). Щоб їх врятувати, медичну допомогу слід надавати негайно і в необхідному обсязі. Після травматичних поранень у більшості випадків смерть настає внаслідок крововтрати, яка призводить до гіповолемічного шоку, зменшення об'єму циркулюючої крові та поліорганної недостатності [8].

У посібнику «Основні принципи тактичної допомоги пораненим у бою» (Army Tactical Combat Casualty Care, TCCC) та інших посібниках основні причини смерті поранених згруповано та наведено у таблиці.

*Таблиця*  
**Смертність від усіх причин під час сучасного бою (дані Армії США, 2010 р.)**

Проникаюча (пенетруюча) травма голови	31%
Травма тулуба, яка не підлягає хірургічній корекції	25%
Травма, яку потенційно можна було б прооперувати	10%
Кровотеча з ран кінцівок	9%
Травми, що призводять до каліцтва, внаслідок вибуху	7%
Напружений пневмоторакс	5%
Проблеми з дихальними шляхами	1%
Наслідки інфекції, ускладнення шоку та катастрофічної кровотечі	12%

Приблизно 15% цих втрат, що настали до госпіталізації пораненого до медичного закладу, можна було б запобігти, якби відразу були вжиті необхідні заходи: зупинка масивної кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладення герметичної пов'язки при відкритому пораненні грудної клітки, усунення напруженого пневмотораксу за допомогою декомпресійної голки і, за можливості, дренивання грудної клітки.

Аналогічно, за інформацією Kotwal (2011), приблизно 90% летальних випадків трапляються саме на полі бою, ще до того, як поранених доставлено до лікувальних закладів [15]. При цьому у багатьох випадках смерті не можна запобігти за допомогою медичного втручання через тяжкість отриманих поранень та несумісність їх з життям (тяжка травма голови, політравма). Поранених, які не загинули відразу, можна ефективно лікувати і транспортувати, дотримуючись стандартів «Тактичної допомоги пораненим у бою» (Tactical Casualty Combat Care, TCCC) і «Порятунок життя в бою» (Combat Life Saving Care, CLS). При цьому зазначається, що доля поранених залежить від особи, яка першою надає медичну допомогу, її кваліфікації, підготовки та оснащення.

Eastridge В. і співавторами проведено аналіз надання медичної допомоги на догоспітальному етапі за 10 років військових операцій в Іраку та Афганістані і встановлено, що з 4596 загиблих військовослужбовців 87,3% померли до надходження в госпіталь. За результатами проведеного аналізу, 24,3% із них можна було б зберегти життя при якісному та своєчасному наданні медичної допомоги. За їхніми даними, основними причинами загибелі поранених від несвоєчасного надання медичної допомоги стали: кровотеча (91%), асфіксія (8%) та напружений пневмоторакс (1%) [14].



Ще раніше, під час узагальнення досвіду радянської медицини у другій світовій війні, проведено аналіз причин загибелі на полі бою поранених у живіт. Так, серед загиблих на полі бою смертельні травми, летальні наслідки в яких обумовлені саме тяжкістю поранення, мали місце лише у 10,4% поранених і супроводжувалися пошкодженнями черевної аорти або крупних судин в місцях їх відходження від аорти, масивними руйнуваннями паренхіматозних органів (печінки, підшлункової залози), розривами значної частини шлунково-кишкового тракту тощо. Решта поранених залишалися живими ще протягом 1,5–3 год. та загинули від крововтрати (62,9%), шоку та крововтрати (12,4%), шоку (10,9%), інших причин (13,8%) [6].

Банайтіс С.Й. (1942) зазначає, що за умови доставки осіб, поранених у живіт, на етапі надання хірургічної допомоги у перші 2–3 години після поранення показники летальності на даному етапі значно зростають, так як будуть прооперовані також поранені, які при більш пізній доставці загинули б на полі бою або самих передових ЕМЕ. Таким чином, чим краще організований винос поранених із поля бою та евакуація їх до військових лікувальних закладів, тим гірші статистичні показники результатів оперативних втручань. Водночас, Банайтіс С.Й. стверджує, що близько 20% приречених поранених можна врятувати [2].

Таким чином, за досвідом медичного забезпечення військ під час збройних конфліктів, найбільш частими причинами смерті від поранень, яких можна було запобігти, є крововтрата – 60%, пневмоторакс – 30%, обструкція дихальних шляхів – 5%, інші причини – ще 5% [9]. Також наведені дані свідчать, що близько 20–25% загиблих на полі бою та ранніх ЕМЕ потенційно могли жити і померли через відсутність або несвочасне чи неякісне надання медичної допомоги.

Аналізуючи клініко-морфологічні та патофізіологічні зміни в організмі поранених з'ясовано, що перший пік летальності припадає саме на час поранення, коли смерть настає протягом перших секунд або декількох хвилин після поранення, що обумовлено тяжкістю ушкоджень життєво важливих органів, таких як мозок, серце, крупні кровоносні судини. У більшості випадків такі ушкодження фатальні, проте грамотне надання медичної допомоги, швидко розпочате безпосередньо на місці поранення, може врятувати частину поранених. У цей період гине близько 60% поранених.

Другий пік летальності припадає на проміжок часу від декількох хвилин до першої години з моменту поранення, коли частота летальних наслідків може бути зменшеною за рахунок зупинки зовнішньої та внутрішньої кровотечі, відновлення об'єму циркулюючої крові та відновлення перфузії тканин, профілактики та лікування вентиляційної, гемічної та тканинної гіпоксії шляхом відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легенів.

Третій пік летальності виникає через декілька днів або тижнів із моменту поранення та пов'язаний із розвитком поліорганної недостатності або сепсису.

Високий рівень смертності поранених на полі бою обумовлений швидкоплинністю процесів втрати життєдіяльності під дією травматичних факторів. Так, при пораненні крупних артерій (наприклад, стегнової) людина може загинути від втрати крові протягом 2–3 хвилин. Також протягом 5 хвилин людина може загинути від обструкції дихальних шляхів чи дихальної недостатності. Під час більшості поранень за 5–10 хвилин розвивається серйозне та смертельне ускладнення – шок, який призводить до порушення дихання та діяльності серцево-судинної системи. Тому останнім часом все більшого значення та уваги приділяється першим 10 хвилинам після поранення, які умовно називають «платиновими» [9]. Вони є найкритичнішими, і все залежить від уміння та здатності пораненого надати собі першу медичну (домедичну) допомогу у порядку самопомоги, а також від готовності та вмінь його співслужбовців, стрільків-санітарів і санінструкторів підрозділу надавати першу медичну (домедичну) допомогу. Саме заходи, вжиті протягом цього часу, найбільше впливають на прогноз виживання, одужання і відновлення боєздатності.

Реалізація правила «платинової хвилини» у різних арміях вирішується майже однаково та залежить від наявності сучасних індивідуальних засобів медичного захисту, навченості військовослужбовців наданню першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги, своєчасного розшуку поранених, наявності військово-медичного персоналу відповідного рівня в бойових порядках військових підрозділів безпосередньо на полі бою.

Дотримання правила «платинової хвилини» забезпечується наявністю сучасних індивідуальних засобів медичного захисту для ефективної боротьби в першу чергу з такими наслідками поранень, як кровотеча, пневмоторакс, обструкція дихальних шляхів і шок. Для цього в аптечках індивідуальних, замість джгута Есмарха, з'явилися сучасні «турнікети», місцеві кровоспинні препарати, для поповнення крововтрати можуть бути розчини з пристроями для внутрішньовенного або внутрішньокісткового вливання. Для надання допомоги при відкритому пневмотораксі в наявності сучасні оклюзивні пов'язки або наклейки, при напруженому або клапанному пневмотораксі – гнучкі катетери з жорстким металевим мандреном або голка типу Дюфо. Обструкція дихальних шляхів вимагає невідкладного звільнення ротової порожнини від сторонніх тіл (блювотних мас, уламків протезів тощо) та застосування назофарингеальної трубки. Для профілактики та боротьби із шоком використовуються сучасні знеболювальні засоби.

При тяжкому пораненні або масивній кровотечі незворотні зміни в організмі відбуваються протягом однієї години, що обумовлює необхідність надання необхідного обсягу лікарської допомоги в зазначений термін і має вирішальне значення для врятування життя пораненого. Це досягається своєчасною та якісною першою медичною (домедичною) допомогою, яка надається в порядку само- або взаємодопомоги чи стрільками санітарами або санітарними інструкторами,

швидкою евакуацією поранених на ЕМЕ, де протягом не пізніше однієї години від часу поранення їм буде надано першу лікарську, а потім первинну хірургічну допомогу (невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги) у порядку «Damage Control», що вирішується низкою організаційних заходів і відповідним технічним забезпеченням медичної служби. Зважаючи на те, що визначальне значення для врятування життя поранених має вчасність, обсяг та правильність надання медичної допомоги протягом першої години, вона отримала назву «золотої години», тобто часу, коли організм пораненого балансує на грані життя і смерті, і коли йому ще можна надати найбільш ефективну та дійову допомогу.

Військово-медична доктрина збройних сил країн-членів НАТО визнає, що можливості військових лікарів та іншого професійного медичного персоналу щодо негайного надання першої допомоги безпосередньо на полі бою є вкрай обмеженими [12]. Зважаючи на зазначене, першочергове значення для врятування життя поранених приділяється організації та проведенню заходів щодо надання першої медичної (домедичної) допомоги в порядку самопомоги самим пораненим, в порядку взаємодопомоги іншим бійцем, бійцем-рятувальником (у ЗС України – стрільком-санітаром), парамедиком (у ЗС України – санінструктором роти).

Найбільш передовий досвід у реалізації правила «золотої години» має військово-медична служба ізраїльської армії [10]. Нещодавно вона вдосконалила систему порятунку життя поранених на полі бою, скоротивши «золоту годину» до 43 хвилин, що призвело до помітного зростання кількості врятованих поранених. Так, якщо під час Війни Судного дня у 1973 р. загинуло до 35% поранених солдат, то під час операції «Непохитна скеля» втрати серед поранених не перевищили 6%. Більше того, програмою удосконалення медичної допомоги на догоспітальному етапі «My Brother Keeper» передбачено амбіційні цілі до 2020 р. звести процент потенційного попередження смертності внаслідок поранень до нуля [16]. Гіпотетично це означає, що загинути військовослужбовець може лише внаслідок масивної руйнації голови або тулубу чи отримання несумісних із життям уражень, наприклад серця або аорти.

В Ізраїлі вважають, що проблема «золотої години» може бути вирішена шляхом впровадження сучасної багаторівневої системи надання медичної допомоги пораненим. Тут важливо все: індивідуальна аптечка, перев'язувальні засоби і медичне спорядження, час і способи евакуації поранених. Проте вирішальне значення для врятування життя поранених мають досвід і знання військового медика, здатного надати медичну допомогу вже у перші хвилини після поранення, і тому, на їх переконання, військовий лікар повинен йти в бій разом із солдатами [10]. Перебування його у двох хвилинах від пораненого забезпечує своєчасність та якість надання медичної допомоги і дає змогу на практиці реалізувати правило «золотої години».

Реалізація правила «золотої години» у збройних силах країн-членів НАТО забезпечується своєчасним та якісним наданням першої медичної (домедичної)

допомоги, своєчасним вивозом (виносом) поранених із поля бою та евакуацією на ЕМЕ для надання першої лікарської допомоги, наближенням первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги) у порядку «Damage Control» [12].

Зважаючи, що визначальним моментом при цьому є терміни евакуації поранених на ЕМЕ, воно забезпечується наявністю броньованого санітарного транспорту, гелікоптерів або санітарних автомобілів. Для надання першої лікарської допомоги, наближення первинної хірургічної допомоги військові підрозділи, що беруть участь у бойових діях, забезпечуються штатними або приданими медичними підрозділами (медичними пунктами, медичними ротами, передовими хірургічними бригадами) з відповідним медичним польовим комплектно-табельним оснащенням.

Яким же чином правила «платинової хвилини» та «золотої години» реалізуються в системі ЛЕЗ медичної служби ЗС України?

У процесі здійснення ЛЕЗ у ЗС України передбачається надання таких видів медичної допомоги: перша медична (домедична) допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога і спеціалізована медична допомога, медична реабілітація [3].

Перша медична допомога – це комплекс заходів, що здійснюється з метою попередження або зменшення тяжких наслідків уражень і виникнення ускладнень або врятування життя шляхом найпростіших медичних заходів. Вона надається безпосередньо на місці поранення або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами та санітарними інструкторами підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

Долікарська (фельдшерська) допомога доповнює медичні заходи, що надавалися в порядку першої медичної допомоги, і має на меті боротьбу із загрозливими для життя розладами, захист ран від вторинної інфекції, попередження шоку та боротьбу з ним. Вона надається фельдшерами (помічниками лікарів) у медичних пунктах батальйонів (при масових санітарних втратах – у медичному пункті полку і медичній роті бригади).

Перша лікарська допомога – це комплекс заходів, спрямованих на попередження розвитку ранових інфекцій, профілактику шоку та інших тяжких ускладнень, боротьбу із загрозливими для життя наслідками бойових уражень, надання невідкладної допомоги хворим та підготовку поранених і хворих до подальшої евакуації. Вона надається лікарями загальної практики в медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), що укомплектовані лікарями, полків і в медичних ротах бригад. Залежно від обставин перша лікарська допомога може надаватися в повному або скороченому обсязі.

Кваліфікована медична допомога – це комплекс заходів, що здійснюється з метою усунення тяжких, загрозливих для життя, наслідків та ускладнень уражень, підготовки до подальшої евакуації та створення

сприятливих умов для наступного лікування. Вона надається на ЕМЕ в медичних ротах бригад та військово-медичних закладах лікарями хірургами і терапевтами. Кваліфікована медична допомога поділяється на хірургічну і терапевтичну та може надаватися у повному або скороченому обсязі.

На жаль, наявність серйозних проблем у забезпеченості військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту, а медичної служби – необхідним комплектно-табельним оснащенням і санітарно-транспортними засобами, стані військово-медичної підготовки військовослужбовців та спеціальної підготовки медичного персоналу, некомплекту медичного персоналу на посадах у медичних підрозділах військових частин і з'єднань, а також проблем організаційного характеру негативно впливає на стан медичного забезпечення ЗС України в цілому та реальні показники медичного забезпечення під час бойових дій військових частин і підрозділів в АТО [1, 5].

Так, від початку збройного конфлікту на Сході України загинули близько 2700 українських військовослужбовців та понад 9000 отримали поранення, включаючи військовослужбовців усіх силових відомств [11]. При цьому співвідношення безповоротних і санітарних втрат серед військовослужбовців становить 1:3,5, що є дуже низьким показником і свідчить про незадовільну організацію надання медичної допомоги на полі бою та ранніх ЕМЕ. За досвідом медичного забезпечення інших збройних конфліктів, зазначене співвідношення було таким: Афганістан (СРСР) – 1:32; Чечня-I – 1:9; Ірак – 1:16; Афганістан (НАТО) – 1:14 [4, 7].

Також звертає на себе увагу невелика частка тяжкопоранених (10,4%) у загальній структурі санітарних втрат, що практично вдвічі менше за загальноприйняті статистичні показники. Так, частка тяжких і вкрай тяжких поранень у першій (1994–1996) та другій (1999–2002) воєнних кампаніях на Північному Кавказі становила відповідно від 17,5% до 26,5%.

Наведені статистичні показники дають підстави припустити, що частина загиблих не отримали вчасно якісну першу медичну (домедичну) допомогу на полі бою та не були своєчасно доставлені на відповідні ЕМЕ.

Встановленню механізмів та істинних причин смертей (загибелі) військовослужбовців під час АТО могла б допомогти своєчасно та якісно проведена судово-медична експертиза, проте на цей час інформація щодо її результатів у відкритих наукових джерелах відсутня. Оприлюднена на Всеукраїнській міжвідомчій науково-практичній конференції «Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти» інформація керівника КЗ «Дніпропетровське обласне бюро судово-медичної експертизи» щодо дослідження 1158 випадків смерті (загибелі) військовослужбовців також не дозволяє це зробити.

На початку АТО військовослужбовці ЗС України не мали сучасних засобів індивідуального медичного захисту, тому було прийнято рішення щодо забезпечення кожного військовослужбовця трикомпонентним набором:

знеболювальним засобом (буторфанолу тартрат у шприц-тюбику) – 1 шт.; пакетом перев'язувальним індивідуальним (ППІ) – 2 шт.; джгутом кровоспинним медичним – 1 шт. Це дозволило на 100% забезпечити особовий склад, який бере участь в АТО, індивідуальними засобами для надання першої медичної допомоги в порядку само- і взаємодопомоги. Пізніше було прийнято рішення про заміну знеболювального засобу буторфанолу тартрату на більш ефективний – налбуфін-Фармекс у попередньо заповненому шприці.

У січні 2015 р. наказом Генерального штабу ЗС України затверджено новий склад аптечки індивідуальної відповідно до стандартів НАТО, який серед іншого передбачав наявність сучасних засобів надання першої медичної (домедичної) допомоги, а саме: анальгетик у шприц-тюбику або автоінжекторі; багатофункціональний перев'язувальний бандаж або індивідуальний перев'язувальний пакет стерильний першої допомоги із гумовою оболонкою; засіб для зупинки кровотечі хімічний (на тканинній основі); оклюзивна самоклеюча плівка; пластр армований; засіб для зупинки кровотечі механічний; назофарингеальний повітровід.

На цей час особовий склад військ, що задіяний в АТО, забезпечений аптечками індивідуальними наведеного змісту, запроваджені та регулярно проводяться тренінги з військовослужбовцями щодо надання першої медичної (домедичної) допомоги (військово-медична підготовка). Військові підрозділи почали комплектуватися стрілками-санітарами та санітарними інструкторами, підготовка яких розпочата у заново створеному спеціальному навчально-тренувальному центрі.

Поліпшення забезпеченості військовослужбовців індивідуальними засобами медичного захисту, освоєння ними порядку їх використання, а також набуття знань щодо надання першої медичної (домедичної) допомоги в порядку само- та взаємодопомоги при пораненнях є основою для зростання показників виживаності поранених на полі бою та поліпшення кінцевих результатів їх лікування.

На початку АТО медичні підрозділи військових частин і з'єднань не мали броньованих засобів для вивозу поранених із поля бою. На цей час опрацьовано медико-технічні вимоги для зазначених санітарно-транспортних засобів, розпочато їх замовлення, виготовлення та постачання до ЗС України.

Реалізація правила «золотої години» в системі медичного забезпечення ЗС України в АТО, а саме, своєчасна медична евакуація поранених на ЕМЕ, якісне та своєчасне надання їм першої лікарської допомоги, наближення первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої медичної) допомоги у порядку «Damage Control», ускладнено через відсутність достатньої кількості сучасних санітарно-транспортних засобів, у тому числі гелікоптерів, недосконалої організаційно-штатної структури медичних підрозділів військових частин і з'єднань, їх неуккомплектованість медичним персоналом, відсутність сучасного польового комплектно табельного оснащення медичної служби. Це компенсується шляхом формування

та використання для медичного забезпечення військових підрозділів мобільних лікарсько-сестринських бригад, залученням до системи ЛЕЗ цивільних закладів охорони здоров'я, активною участю волонтерів у реальному медичному забезпеченні ЗС України та використання загальновійськових і цивільних транспортних засобів для евакуації поранених.

Підсумовуючи результати дослідження сутності та значення «платинової хвилини» і «золотої години» в системі ЛЕЗ, слід зазначити, що вони відіграють найважливішу роль у забезпеченні своєчасності та ефективності медичної допомоги, а відповідно – в досягненні високих результатів у лікуванні поранених військовослужбовців. Їх реалізація можлива за умови побудови сучасної та ефективної системи ЛЕЗ, яка передбачає наявність:

- по-перше, сучасних індивідуальних засобів медичного захисту та комплектно-табельного оснащення медичної служби;

- по-друге, організаційно-штатної структури медичної служби, яка б відповідала потребам військ, та комплектування її медичним персоналом відповідної кваліфікації;

- по-третє, навченість військовослужбовців правилам надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги;

- по-четверте, організаційну побудову системи ЛЕЗ, а саме: формування відповідних ЕМЕ, встановлення для них видів та обсягів медичної допомоги;

- по-п'яте, сучасних евакотранспортних засобів, у тому числі броньованих, для своєчасного вивозу (виносу) поранених із поля бою та медичної евакуації їх на відповідні ЕМЕ.

Найважливішу роль у забезпеченні дотримання правила «золотої години» відіграє медична рота бригади і насамперед її організаційно-штатна структура, оснащення, завдання та функції. Вона призначена для підсилення медичної служби військових підрозділів бригади, евакуації поранених способом на себе, проведення медичного сортування (внутрішньопунктового та евакотранспортного) надання їм першої лікарської допомоги, невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги у порядку «Damage Control». Мобільність медичної роти мають забезпечувати передові хірургічні групи, які забирають на себе поранених, що потребують невідкладних оперативних втручань та медичного догляду на даному ЕМЕ.

На думку авторів для забезпечення реалізації правил «платинової хвилини» та «золотої години» в сучасній системі ЛЕЗ ЗС України необхідно:

- впровадити ефективну систему військово-медичної підготовки з метою прищеплення військовослужбовцям знань і навиків надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги;

- розробити та впровадити сучасну структуру медичних підрозділів військових частин і з'єднань та мобільних військово-медичних закладів відповідно до

завдань, що перед ними ставляться, укомплектувати їх підготовленим медичним персоналом, забезпечити сучасним медичним обладнанням і санітарно-технічним оснащенням та санітарно-транспортними засобами;

- упорядкувати залучення цивільних закладів охорони здоров'я для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям;

- чітко визначити види, обсяги та заходи медичної допомоги, що надаватимуться на полі бою та передових ЕМЕ;

- створити ефективну систему управління медичним забезпеченням ЗС України.

Реалізація зазначених заходів дасть змогу досягти часових показників надання медичної допомоги пораненим за принципом 10 – 1 – 2, що означає: надання першої медичної допомоги протягом 10 хвилин після поранення («платинова хвилина»); проведення стабілізаційних заходів та надання необхідної допомоги лікарем загальної практики протягом першої години («золота година»), а також надання невідкладної хірургічної допомоги протягом однієї, але не пізніше двох годин кожному пораненому.

## Висновки

Збереження життя поранених військовослужбовців на полі бою забезпечується належною організацією системи ЛЕЗ, яка є основою медичного забезпечення військ під час їх застосування.

Найважливіше значення для врятування життя поранених та отримання позитивних результатів їх лікування має своєчасність надання медичної допомоги, що забезпечується чіткими часовими показниками (термінами) її надання.

Реалізація правил «платинової хвилини» залежить від забезпеченості військовослужбовців сучасними індивідуальними засобами медичного захисту, навченості їх надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги, своєчасного розшуку поранених, наявності військово-медичного персоналу відповідного рівня підготовки в бойових порядках військових підрозділів безпосередньо на полі бою.

Реалізація правила «золотої години» забезпечується своєчасним та якісним наданням першої медичної (домедичної) допомоги, своєчасним вивозом (виносом) поранених із поля бою та евакуацією на передові ЕМЕ для надання першої лікарської допомоги, наближенням первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної) допомоги у порядку «Damage Control».

## Перспективи подальших досліджень

Медична служба ЗС України буде спроможною реалізувати правила «платинової хвилини» і «золотої години» за умови розробки та затвердження детальної Програми розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на період до 2022 року та її повного виконання.

## Література

1. *Антитерористична операція: уроки медичного забезпечення* / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко, Г. О. Слабкий // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3 (Спецвипуск). – С. 31–35.
2. *Банайтис С. И.* Краткий курс военно-полевой хирургии : учебник по военно-полевой хирургии / С. И. Банайтис, П. А. Куприянов. – Москва, 1942.
3. *Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України* : затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 04.09.2014 р. № 221. – Київ, 2014. – 25 с.
4. *Итоги медицинского обеспечения группировки войск в контртеррористической операции на Северном Кавказе в 1999–2000 гг.* / И. М. Чиж, А. А. Ларьков, А. М. Шелепов, И. Т. Русев // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 10. – С. 4–12.
5. *Медичне забезпечення антитерористичної операції: стан, проблеми та напрями удосконалення* / В. О. Жаховський, В. Г. Лівінський, М. В. Кудренко [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 7–12.
6. *Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.* : Энциклопедия в 35 томах. – Т. 12 : Огнестрельные ранения и повреждения живота. – Москва, 1949. – 568 с.
7. *Принципы 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 [и др.] // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 4–13.
8. *Режим доступу* : [http://studopedia.su/19\\_19491\\_zolota-godina.html](http://studopedia.su/19_19491_zolota-godina.html). – Назва з екрана.
9. *Режим доступу* : <http://viysko.com.ua/journal/platy-novi-hvy-ly-ny-zolotoyi-gody-ny/>. – Назва з екрана.
10. *Режим доступу* : <http://www.milnavigator.com/uk/zolotoj-chas-ranenogo-soldata/>. – Назва з екрана.
11. *Режим доступу* : [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8\\_%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85\\_%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%82%D1%83%D1%80\\_%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BA\\_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE\\_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F\\_%D0%B2\\_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%83\\_\(%D0%B7\\_%D1%81%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%8F\\_2016\)](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B8_%D1%81%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B8%D1%85_%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%82%D1%83%D1%80_%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%81%D0%BB%D1%96%D0%B4%D0%BE%D0%BA_%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE_%D0%B2%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%83_(%D0%B7_%D1%81%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%8F_2016)). – Назва з екрана.
12. *Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення (AJP-4.10 (B))*, 2015.
13. *Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період* : затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 02.03.2016 р. № 90. – Київ, 2016. – 60 с.
14. *Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care* / В. J. Eastridge, R. L. Mabry, P. Seguin [et al.] // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 73, № 6 (Suppl. 5). – P. S431–S437.
15. *Eliminating preventable death on the battlefield* / R. S. Kotwal, H. R. Montgomery, B. M. Kotwal [et al.]. – 2011. – Dec.; Vol. 146 (12). – P. 1350–1358. doi: 10.1001/archsurg.2011.213. Epub 2011 Aug 15.
16. *Moving forward with combat casualty care: the IDF-MC strategic force buildup plan «My Brother's Keeper»* / E. Glassberg, R. Nadler, A. M. Lipsky [et al.] // Isr. Med. Assoc. J. – 2014. – Vol. 16, № 8. – P. 469–474.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.08.2016 р.

**Актуальность «платиновой минуты»  
и «золотого часа» в современной системе  
лечебно-эвакуационных мероприятий**

*В.Я. Белый<sup>1</sup>, А.В. Верба<sup>2</sup>,  
М.И. Бадюк<sup>1</sup>, В.А. Жаховский<sup>1</sup>, В.Г. Ливинский<sup>1</sup>,  
Г.А. Слабкий<sup>3</sup>, Н.В. Кудренко<sup>3</sup>, И.П. Мельник<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Украинская военно-медицинская академия,  
г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Военно-медицинский департамент

Министерства обороны Украины, г. Киев, Украина

<sup>3</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
Министерства здравоохранения Украины»,  
г. Киев, Украина

<sup>4</sup>Военно-медицинский клинический центр  
Центрального региона, г. Винница, Украина

**Цель** – исследовать важность временных показателей оказания медицинской помощи и их влияние на окончательные результаты лечения раненых.

**Материалы и методы.** Объект исследования – система военного здравоохранения. Предмет – состояние медицинского обеспечения военнослужащих, в частности своевременность оказания медицинской помощи. Методы исследования – исторический, аналитический, библиосемантический, системного подхода.

**Результаты.** Эффективность системы военного здравоохранения и результаты лечения раненых и больных военнослужащих зависят от своевременности оказания необходимых видов и объемом медицинской помощи.

**Выводы.** Для формирования современной системы медицинского обеспечения войск необходимы соответствующая нормативно-правовая база, адекватное кадровое и материально-техническое обеспечение.

**Ключевые слова:** медицинское обеспечение, система лечебно-эвакуационных мероприятий, «платиновая минута», «золотой час».

**Actuality «platinum minutes» and «golden hour»  
in modern system for medical evacuation**

*V.Ya. Bilyi<sup>1</sup>, A.V. Verba<sup>2</sup>,  
M.I. Baduk<sup>1</sup>, V.O. Zhakhovsky<sup>1</sup>, V.G. Livinsky<sup>1</sup>,  
G.O. Slabkiy<sup>3</sup>, M.V. Kudrenko<sup>3</sup>, I.P. Melnyk<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine  
<sup>2</sup>Military Medical Department of the Ministry of Defense  
of Ukraine, Kyiv, Ukraine  
<sup>3</sup>PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches  
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine  
<sup>4</sup>Military Clinical Medical Center  
Central region, Vinnytsia, Ukraine

**Purpose** – study the importance of timeliness of care and its impact on treatment outcomes wounded.

**Materials and methods.** Object of study – the military health care system. The subject – the state of medical support troops, including timeliness of care. Research methods – historical, bibliosemantychnyy, analytical, systematic approach.

**Results.** The efficiency of the military health care and outcomes of wounded and sick soldiers are dependent on the timely provision of appropriate types and amounts of medical care.

**Conclusions.** To form a modern system of medical support required by the regulatory framework, adequate staffing and logistical support.

**Key words:** health care, system medical evacuation, “platinum minute” and “golden hour”.

### Відомості про авторів

**Білий Володимир Якович** – д.мед.н., проф., професор кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії; вул. Госпітальна, 16, м. Київ, 01133, Україна.

**Верба Андрій В'ячеславович** – к.мед.н., директор Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України, генерал-майор медичної служби; Повітрофлотський проспект, 6, м. Київ, 03168, Україна.

**Бадюк Михайло Іванович** – д.мед.н., начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії; вул. Мельникова, 24, м. Київ, 04050, Україна.

**Жаховський Віктор Олександрович** – к.держ.упр., доц., провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, Київська область, 08203, Україна.

**Лівінський Володимир Григорович** – науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії; вул. 11 лінія, 1, м. Ірпінь, Київська область, 08203, Україна.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Кудренко Микола Васильович** – заступник директора з організаційно-методичної та адміністративної роботи ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Мельник Ігор Петрович** – к.мед.н., заступник начальника Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з медичної частини, полковник медичної служби; вул. Свердлова, 185, м. Вінниця, 21000, Україна.

УДК 616-006-055.2:314.2(477)

Слабкий Г.О.<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>2</sup>, Р.О. Моїсєнко<sup>2</sup>, А.В. Терещенко<sup>1</sup>, О.О. Дудіна<sup>1</sup>

## ЗАСТОСУВАННЯ SWOT-АНАЛІЗУ ПРИ ОЦІНЦІ ВПРОВАДЖЕННЯ РЕГІОНАЛІЗАЦІЇ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

<sup>1</sup>ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Мета** – провести оцінку впровадження регіоналізації перинатальної допомоги із застосуванням SWOT-аналізу.

**Матеріали та методи.** Здійснено SWOT-аналіз регіоналізації перинатальної допомоги. Використано методи системного аналізу, статистичний, бібліосемантичний.

**Результати.** Виявлено основні можливості і сильні сторони регіоналізації перинатальної допомоги – державний характер сфери охорони здоров'я, використання досвіду інших країн, наявність нормативно-правової бази, системи моніторингу і оцінки, трирівневої системи перинатальної допомоги, єдиного алгоритму ведення пацієнтів із перинатальним ризиком, збільшення виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, зменшення рівня малюкової смертності. Загрози і слабкі сторони включали несприятливу соціально-економічну ситуацію, перебої і недоліки міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я, відсутність у більшості закладів Сертифікатів відповідності ISO9001, недостатнє виконання маршрутів пацієнтів, невідповідність перинатальних витрат рівням закладів перинатальної допомоги.

**Висновки.** Дані SWOT-аналізу дали змогу виявити можливості і сильні сторони та розкрити інституційні обмеження впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні.

**Ключові слова:** SWOT-аналіз, регіоналізація, перинатальна допомога, новонароджені.

### Вступ

Збереження життя та здоров'я матерів і дітей є актуальним та стратегічно важливим пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я. Поряд з економічним та соціальним розвитком суспільства перинатальна допомога є частиною національної системи охорони здоров'я, а основним завданням її є поліпшення стану здоров'я жінок і дітей шляхом підвищення рівня народжуваності, безпечності пологів, покращення стану здоров'я нових народжуваних поколінь, попередження материнської та малюкової смертності [2, 8].

Впровадження сучасних перинатальних технологій у діяльність закладів охорони здоров'я акушерсько-неонатологічної служби, регіоналізації перинатальної допомоги (РПД) сприяли зменшенню в останнє десятиріччя захворюваності вагітних і новонароджених [1, 8].

Проте, незважаючи на позитивну тенденцію, стан здоров'я жінок та дітей в Україні не відповідає міжнародним стандартам.

Йдеться про високий рівень екстрагенітальної патології вагітних, захворюваності недоношених новонароджених. Високими, у 2–3 рази вищими за середні показники у країнах Євросоюзу, залишаються (станом на 2015 р.) рівні материнської (14,6 на 100 тис. народжених живими) та перинатальної (9,1 на 1000 народжених живими і мертвими) смертності. І наразі перед Україною стоїть складне завдання, пов'язане з необхідністю всебічного реформування сфери охорони здоров'я, включаючи заходи щодо поліпшення

якості та ефективності перинатальної допомоги. Розробка подальших напрямків РПД має базуватися на аналізі успішності її реалізації, виявленні та оцінці її слабких і сильних сторін.

Тому з метою забезпечення більш повного аналізу і оцінки впровадження РПД та перспектив її подальшого розвитку проведено SWOT-аналіз РПД в Україні.

**Мета роботи** – провести оцінку впровадження РПД із застосуванням SWOT-аналізу.

### Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи з РПД, дані моніторингу й оцінки РПД, а також дані Держкомстату України та ДП «Центр медичної статистики МОЗ України». Використано методи системного аналізу, статистичний, бібліосемантичний.

### Результати дослідження та їх обговорення

У розвинених країнах РПД є найважливішою організаційною моделлю на шляху оптимізації медичної допомоги матерям і дітям, зниження рівня смертності, захворюваності та інвалідності [4, 5, 12].

За даними надійних досліджень, організація трирівневої системи перинатальної допомоги, модернізація технічного оснащення в Японії, США та країнах Західної Європи дали змогу знизити в декілька разів материнські і плодово-малюкові втрати, рівні захворюваності та смертності новонароджених і дітей раннього віку [13–16].



Регіоналізація передбачає: забезпечення наступності та етапності в наданні медичної допомоги на основі чіткого розподілу закладів охорони здоров'я за рівнями надання медичної допомоги; запровадження єдиних стандартів, рекомендацій та порядку госпіталізації вагітних до родопомічних закладів відповідно до визначених обсягів надання допомоги вагітним та новонародженим; задоволення населення якістю і доступністю медичної допомоги.

В Україні реформування перинатальної допомоги здійснюється на виконання Указу Президента від 12.03.2010 р. «Про Національний план дій на 2013 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 рр.», яким передбачено модернізацію системи третинної (високоспеціалізованої) медичної, у тому числі перинатальної допомоги, а також створення перинатальних центрів II рівня перинатальної допомоги.

Відповідно до концепції, затвердженої наказом МОЗ України від 02.02.2011 р. № 52 «Про затвердження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів концепції», РПД розглядається як складова реформи галузі охорони здоров'я в цілому, а її метою є зниження материнської, перинатальної та малюкової захворюваності, інвалідності та смертності в Україні шляхом структурної реорганізації системи надання медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів, а також їхнім новонародженим дітям, підвищення рівня доступності та якості рододопомоги, її безпечності та економічного використання ресурсів.

Нині створена нормативно-правова база РПД, шляхи практичної реалізації трирівневої системи перинатальної допомоги та інструменти моніторингу і оцінки ефективності надання такої допомоги. У ході впровадження РПД за підтримки міжнародних організацій розроблена і впроваджена система алгоритму ведення жінок і новонароджених із перинатальним ризиком, стратегія підготовки медичного персоналу для роботи в перинатальних центрах із питань перинатального догляду і виходжування новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні [1, 10].

Важливим інструментом аналізу для розробки стратегії і управління РПД є проведення SWOT-аналізу.

Вперше цей метод застосовувався ще в IV ст. до н.е. у Стародавній Греції та Китаї, в сучасній інтерпретації був запропонований К. Ендрюсом у 1963 р. [7], а в подальшому витримав перевірку часом і досі доводить свою необхідність як важливий елемент раціоналістичного підходу для оцінки діяльності різних сфер, регіонів, окремих програм, установ та закладів, розробки та реалізації стратегії їх перспективного планування [2, 8, 9].

Абревіатура «SWOT» походить від англійських слів *strengths* (сильні сторони), *weaknesses* (слабкі сторони), *opportunities* (можливості), *threats* (загрози).

При проведенні SWOT-аналізу закладів сфери охорони здоров'я до потенційних внутрішніх сильних сторін закладу (S) відносять дані про: компетентність і професіоналізм персоналу; адекватність фінансових джерел; застосування новітніх медичних технологій; якість медичних послуг; можливості проведення дистанційного навчання і консультування. До потенційних внутрішніх слабких сторін (W) – недостатність фінансів; слабку матеріально-технічну базу закладів; відсутність мотивації до підвищення професійної діяльності медичного персоналу, чітко вираженої стратегії; відсутність стандартів медичної допомоги; високу вартість на платні послуги, що надаються; застарілі медичні технології; втрату глибини і гнучкості управління. Потенційні зовнішні сприятливі можливості закладу (O) включають: обслуговування додаткових груп пацієнтів; сприятливу економічну, політичну і соціальну обстановку; доступність ресурсів тощо. Потенційні зовнішні загрози (T) – несприятливі демографічні зміни; збільшення видів медичних послуг; озлоблення конкуренції; появу іноземних конкурентів із технологіями низької вартості; посилення законодавчого регулювання тощо [3, 6, 7, 11].

Методологія SWOT передбачає виявлення переліку сильних і слабких сторін, а також загроз і можливостей організації з урахуванням поточної ситуації. Матриця SWOT будується у двох рівнях: стан внутрішнього середовища і стан зовнішнього середовища. Кожний рівень поділяється на дві частини: сила і слабкість потенціалу об'єкта, що вивчається, можливості і загрози, виявлені в зовнішньому середовищі (рис.).

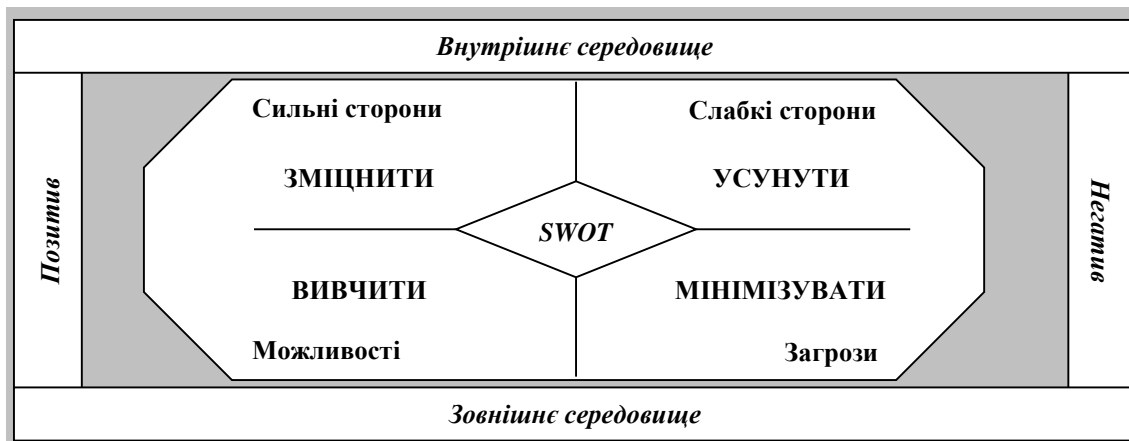


Рис. Матриця SWOT

При проведенні дослідження використано усі елементи SWOT-аналізу – зовнішні та внутрішні фактори з урахуванням регіональних особливостей.

Виявлені експертами основні сили і слабкості РПД, максимально позитивні можливості, найбільш значущі загрози зовнішнього середовища надано в таблиці у вигляді матриці SWOT-аналізу.

Таблиця

**Результати SWOT-аналізу регіоналізації перинатальної допомоги в Україні**

<b>ВНУТРІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ</b>	
<b>СИЛЬНІ СТОРОНИ (S)</b>	<b>СЛАБКІ СТОРОНИ (W)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність нормативно-правової бази РПД в Україні.</li> <li>• Нові підходи фінансування закладів охорони здоров'я відповідно до медичної субвенції, а саме, забезпечення закладів охорони здоров'я конкретної територіальної громади, а не закладу.</li> <li>• Розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я відповідно до рівнів перинатальної допомоги.</li> <li>• Можливість визначення розмежування закладів охорони здоров'я за рівнями надання перинатальної допомоги з урахування щільності населення, площі регіону та населених пунктів.</li> <li>• Достатня укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичного персоналу закладів перинатальної допомоги.</li> <li>• Наявність системи післядипломної підготовки медичних кадрів.</li> <li>• Актами унормовано матеріально-технічне оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги.</li> <li>• Оновлення сучасного медичного обладнання у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, виходжування глибоко недоношених дітей, патології новонароджених, пологових залів, акушерських реанімацій.</li> <li>• Сертифікація закладів на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини».</li> <li>• Нормативне визначення порядку аудиту стану надання РПД та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня.</li> <li>• Розробка і впровадження національної системи МіО РПД</li> <li>• Наявність індикаторів якості та безпеки діяльності закладів I, II і III рівнів перинатальної допомоги.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність у деяких регіонах наказів про визначення трирівневої системи та розмежування медичної допомоги між закладами охорони здоров'я відповідно до рівнів перинатальної допомоги.</li> <li>• Невідповідність фактичного рівня фінансування закладів III рівня перинатальної допомоги та вартості медичної допомоги жінкам і дітям із високим ступенем перинатального ризику.</li> <li>• Відсутність у м. Києві закладів I рівня перинатальної допомоги, у Житомирській області – II рівня, у Волинській, Закарпатській і Чернігівській областях – III рівня.</li> <li>• Невідповідність програм до- та післядипломного навчання компетенційним і кваліфікаційним рівням знань медичних працівників, що надають перинатальну допомогу на I–III рівнях.</li> <li>• Недостатня якість до- та післядипломної підготовки лікарів загальної практики – сімейних лікарів із питань перинатології.</li> <li>• Недостатній рівень знань медичного персоналу щодо ведення та маршрутів пацієнтів із середнім і високим перинатальним ризиком.</li> <li>• Невідповідність складності / напруженості роботи медичних працівників, які надають перинатальну допомогу II та III рівня, заробітній платі та відсутність додаткових матеріальних стимулів.</li> <li>• Незадовільний стан істотної частини матеріально-технічної бази закладів перинатальної допомоги.</li> <li>• Консервація капітальних ремонтів перинатальних центрів III рівня у Львівській, Чернівецькій областях.</li> <li>• Відсутність у більшості закладів первинної допомоги Сертифікату відповідності ISO9001.</li> <li>• Недостатнє виконання маршрутів вагітних із цукровим діабетом, тяжкими формами преєклампсії та еклампсії, антенатальною загибеллю плода.</li> </ul>

- Запровадження новітніх сучасних підходів у створенні інфекційного контролю в закладах перинатальної допомоги.
- Впровадження сучасних перинатальних технологій.
- Розвиток малоінвазивних методів діагностики і лікування.
- Єдиний алгоритм ведення пацієнтів із перинатальним ризиком.
- Впровадження стандартів якості, локальних протоколів і маршрутів пацієнтів із низьким, середнім та високим перинатальним ризиком.
- Функціонування цілодобової виїзної реанімаційної бригади для жінок та дітей.
- Забезпечення сталого доступу пацієнтів до різних рівнів перинатальної допомоги залежно від наявності та ступеня перинатального ризику.
- Збільшення виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні.
- Зменшення частоти народжених хворими і захворілих новонароджених.
- Зниження перинатальної та малокової смертності.

- Відсутність дієвої наступності подальшого спостереження дітей, що народились передчасно або з патологічними відхиленнями у здоров'ї, по досягненню ними трирічного віку.
- Невідповідність виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, коефіцієнтів неонатальної та материнської смертності рівням закладів перинатальної допомоги, де надавалась медична допомога та сталась смерть жінки або немовляти.

#### ЗОВНІШНЄ СЕРЕДОВИЩЕ

##### СПРИЯТЛИВІ МОЖЛИВОСТІ (О)

- Державний характер охорони здоров'я.
- Децентралізація повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням відповідальності за надання медичної допомоги.
- Передбачуване підвищення заробітної плати медичних працівників.
- Використання досвіду інших країн.
- Можливості реалізації потенціалу через пріоритетні державні програми.
- Використання потенціалу державно-приватного партнерства.
- Монопольне становище комунальних закладів охорони здоров'я III рівня на ринку перинатальних послуг.

##### ЗАГРОЗИ (Т)

- Несприятлива екологічна, політична та економічна ситуація, поширеність серед населення соціально небезпечних (алкоголізм, наркоманія тощо), психопатологічних станів, що зумовлює загрозу здоров'ю населення і підвищення перинатального ризику.
- Перебої та недоліки щодо стабільного міжбюджетного фінансування сфери охорони здоров'я і, зокрема, перинатальної допомоги через неурегульованість положень окремих законодавчих актів.
- Недосконалість та відсутність відповідальності районних, місцевих, обласних рад за низький рівень трансферного розрахунку між закладами I та II рівнів перинатальної допомоги.
- Низький рівень оплати праці медичного персоналу, їх соціальної захищеності, передусім на селі.
- Проблеми транспортного забезпечення (стан автошляхів і наявність транспортних засобів).
- Низький рівень інформаційної підтримки РПД.

При аналізі стану РПД із застосуванням матриці SWOT виявлено основні сильні і слабкі сторони, що потребують подальшого зміцнення:

- в Україні розроблено дієву нормативно-правову базу РПД, яка відповідає принципам Всесвітньої організації охорони здоров'я з цих питань, що включає: порядок і терміни РПД; порядок аудиту стану надання регіональної перинатальної допомоги та кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня; індикатори якості та безпеки діяльності закладів I, II і III рівнів перинатальної допомоги; перелік матеріально-технічного оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги та його оновлення;

- створено систему цілодобового транспортування жінок і новонароджених із високим перинатальним ризиком; пацієнт-орієнтовану систему шляхом чіткого визначення «маршруту пацієнта» та правила взаємин «лікар–пацієнт (жінка–дитина)» тощо;

- у переважній більшості регіонів організовано тривірневу систему перинатальної допомоги та забезпечено розмежування й паспортизацію закладів і підрозділів акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служби залежно від регіональних особливостей;

- досягнуто достатню укомплектованість і високий рівень кваліфікації медичного персоналу закладів перинатальної допомоги;

- усі заклади перинатальної допомоги сертифіковано на звання «Лікарня, доброзичлива до дитини»;

- забезпечено позитивну тенденцію виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні, частоти народжених хворими і захворілих новонароджених, коефіцієнтів перинатальної та малюкової смертності.

Ключові заходи щодо усунення слабких сторін РПД доцільно спрямувати на:

- завершення розробки регіональних нормативно-правових актів щодо створення тривірневої системи перинатальної допомоги та її впровадження;

- створення перинатальних центрів III рівня у Волинській, Закарпатській, Чернігівській областях, завершення капітальних ремонтів перинатальних центрів III рівня у Львівській та Чернівецькій областях;

- перегляд програм до- та післядипломного навчання медичних працівників, що надають I, II та III перинатальну допомогу;

- підвищення доступності до високоспеціалізованої перинатальної допомоги вагітних із цукровим діабетом, тяжкими формами преєклампсії та еклампсії, антенатальною загибеллю плода;

- розробку та впровадження системи медичного спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям раннього віку із хронічною перинатальною патологією;

- мінімізацію диспропорції виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні та перинатальних втрат.

Реалізація можливостей з використанням досвіду

РПД в інших країнах, державного характеру сфери охорони здоров'я в цілому і перинатальної служби зокрема, децентралізації повноважень із центрального рівня на регіональний з делегуванням їм відповідальності за надання медичної допомоги, можливості реалізації потенціалу через пріоритетні державні програми, сучасної всесвітньо визнаної тривірневої системи перинатальної допомоги сприяє забезпеченню більш раціонального використання наявних ресурсів.

Усунення негативних факторів (загроз) може включати загальнодержавні заходи щодо поліпшення екологічної та економічної ситуації, мінімізацію соціально небезпечних і психопатологічних станів, розробку і впровадження зміни нових функцій для системи фінансування сфери охорони здоров'я з використанням порядку фінансування за двома кодами, концентрацією фінансових, кадрових і матеріальних ресурсів на рівні обласного бюджету, що дасть змогу підвищити доступ до якісної перинатальної допомоги усім пацієнтам, включаючи найбільш вразливі і тих, що живуть у віддалених поселеннях.

### **Висновки**

Таким чином, функціонуюча в Україні система РПД – це сучасна всесвітньо визнана технологія, що сприяє підвищенню якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, створення можливості виходжування дітей з дуже малою масою тіла при народженні.

SWOT-аналіз є дієвим інструментом для прийняття стратегічних, коротко- та довгострокових управлінських рішень щодо подальшого удосконалення РПД з урахуванням регіональних особливостей та організаційних структур системи охорони материнства та дитинства.

Результати аналізу зовнішнього і внутрішнього середовища дають змогу передбачити, що вирішальне значення в процесі удосконалення системи РПД мають соціально-економічні чинники. Проте медико-організаційні слабкості регіоналізації також впливають на забезпечення достатнього доступу пацієнтів із перинатальним ризиком до високоспеціалізованої перинатальної допомоги, поліпшення здоров'я нових народжуваних поколінь.

Виявлені при проведенні SWOT-аналізу РПД в Україні сили, слабкості, можливості і загрози можуть бути використані при прийнятті стратегічних, коротко- та довгострокових управлінських рішень щодо подальшого удосконалення РПД з урахуванням регіональних особливостей та організаційних структур системи.

### **Перспективи подальших досліджень**

У подальшому планується розробити модель розрахунку коефіцієнтів оцінки РПД по технології SWOT.

## Література

1. Дудіна О. О. Перші результати впровадження заходів національного проекту «Нове життя» – нова якість охорони материнства та дитинства» / О. О. Дудіна, А. В. Терещенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 5–12.
2. Ермакова С. Э. Формирование и развитие процессноориентированного управления в медицинских организациях : автореф. дис. ... д.э.н. / С. Э. Ермакова. – Москва, 2011. – 32 с.
3. Кадриев А. Г. Пути оптимизации хирургической помощи детям в амбулаторных условиях (по материалам Республики Татарстан) : автореф. дис. ... к.мед.н. / А. Г. Кадриев. – Москва, 2008. – 18 с.
4. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / МОЗ України ; за ред. Р. О. Моїсеєнко. – Київ, 2012. – 135 с.
5. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь : мат. учебн. сем. – Женева : ЕРБ ВОЗ, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://medical-diss.com>. – Название с экрана.
6. Оценка деятельности медицинской организации посредством SWOT-анализа / А. Х. Гудков, С. В. Поляков, В. А. Каменский, О. В. Чигринцев // Лабораторная служба. – 2012. – № 1. – С. 9–12.
7. Программа «Развитие МБУЗ «Городская больница № 1» на 2015–2020 годы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://www.stfrancis.edu/content/ba/ghkickul/stuwebs/btopics/works/swot.htm>. – Название с экрана.
8. Результаты самостоятельной оценки служб общественного здравоохранения в Республике Узбекистан : технический отчет / Европейское бюро ВОЗ. – Ташкент, 2011. – 67 с.
9. Таова С. М. Человеческий потенциал сферы здравоохранения: формирование, распределение, инструменты развития : автореф. дис. ... к.э.н. / С. М. Таова. – Майкоп, 2015. – 31 с.
10. Терещенко А. В. Технологія моніторингу й оцінювання регіоналізації перинатальної допомоги / А. В. Терещенко, О. О. Дудіна, Р. О. Моїсеєнко // Здоров'я жінчини. – 2014. – № 9 (95). – С. 22–27.
11. Центры здоровья для детей: проблемы и перспективы развития [Электронный ресурс] / А. А. Модестов, С. А. Косова, Ю. С. Неволин, С. А. Федоткина. – Режим доступа : <http://vestnik.mednet.ru/content/view/482/30/lang,ru>. – Название с экрана.
12. Шунько С. С. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / С. С. Шунько // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. I, № 1. – С. 4–15.
13. Anthony C. Danca SWOT Analysis [Electronic resource] / Danca C. Anthony. – Access mode : <http://www.stfrancis.edu/content/ba/ghkickul/stuwebs/btopics/works/swot.htm>. – Title from screen.
14. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period / K. Wildman, B. Blondel, J. Nijhuis [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2003. – № 11 (Suppl. 1). – P. 53–65.
15. Guidelines for perinatal care / Fifth Edition ; American Academy of Pediatrics // The American Colledge of Obstetricians and Gynecologists. – 2002. – № 2. – 350 p.
16. Subramaniam Ho J. J. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants / Ho J. J. Subramaniam, D. J. Henderson, P. G. Davis // The Cochrane Library. – 2008. – Issue 2.

Дата надходження рукопису до редакції: 12.08.2016 р.

**Применение SWOT-анализа при оценке внедрения регионализации перинатальной помощи в Украине**

*Г.А. Слабкий<sup>1</sup>, Н.Г. Гойда<sup>2</sup>,*

*Р.А. Моисеенко<sup>2</sup>, А.В. Терещенко<sup>1</sup>, Е.А. Дудина<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>ГУ «Украинский институт стратегических исследований  
Министерства здравоохранения Украины»,  
г. Киев, Украина

<sup>2</sup>Национальная медицинская академия последилового  
образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

**Цель** – провести оценку внедрения регионализации перинатальной помощи с применением SWOT-анализа.

**Материалы и методы.** Осуществлен SWOT-анализ регионализации перинатальной помощи. Используются методы системного анализа, статистический, библиосемантический.

**Результаты.** Выявлены основные возможности и сильные стороны регионализации перинатальной помощи – государственный характер сферы здравоохранения, применения опыта других стран, наличие нормативно-правовой базы, системы мониторинга и оценки, трехуровневой системы перинатальной помощи, единого алгоритма ведения пациентов, с перинатальным риском, увеличение выживания новорожденных с очень малой массой тела при рождении, уменьшения уровня младенческой смертности. Угрозы и слабые стороны включали неблагоприятную социально-экономическую ситуацию, перебои и недостатки межбюджетного финансирования сферы здравоохранения, отсутствие в большинстве учреждений Сертификатов соответствия ISO9001, недостаточное выполнение маршрутов пациенток, несоответствие перинатальных потерь уровням заведений перинатальной помощи.

**Выводы.** Данные SWOT-анализа позволили обнаружить возможности и сильные стороны и раскрыть институциональные ограничения внедрения регионализации перинатальной помощи в Украине.

**Ключевые слова:** SWOT-анализ, регионализация, перинатальная помощь, новорожденные.

**Application of SWOT-analysis at the assessment of implementation of perinatal care regionalization in Ukraine**

*G.O. Slabkiy<sup>1</sup>, N.G. Goyda<sup>2</sup>,*

*R.O. Moiseyenko<sup>2</sup>, A.V. Tereschenko<sup>1</sup>, O.O. Dudina<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>PE “Ukrainian Institute of Strategic Researches  
of MHC of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

<sup>2</sup>Shupyk National Medical Academy of Postgraduate  
Education, Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to carry out an estimation of implementation of perinatal care regionalization with application of SWOT-analysis.

**Materials and methods.** The SWOT-analysis of perinatal care regionalization has been carried out. Methods of the systems analysis, statistical, bibliosemantick are used.

**Results.** Results of the analysis have been revealed the basic features and strengths of regionalization of perinatal care – the public character of health care, using the experience of other countries, presence of the legal base, monitoring and evaluation system, three-level system of perinatal care, uniform algorithm of conducting patients with perinatal risk, increase survival of infants with very low birth weight, infant mortality reduction. Threats and weaknesses included an adverse social and economic situation, faults and lacks of inter-budgetary financing of health care, absence in the most institutions of Certificates of Conformity ISO9001, insufficient performance of patients routes, discrepancy of perinatal losses to levels of perinatal care institutions.

**Conclusions.** The data of SWOT-analysis have allowed to reveal opportunities, strengths and restrictions of institutional implementation of perinatal care regionalization in Ukraine.

**Key words:** SWOT-analysis, regionalization, perinatal care, newborns.

**Відомості про авторів**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., в.о. директора ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Гойда Ніна Григорівна** – д.мед.н., проф., професор кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Моисеенко Раїса Олександрівна** – д.мед.н., проректор з науково-педагогічної і лікувальної роботи Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна.

**Терещенко Альона Василівна** – пошукувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.

**Дудина Олена Олександрівна** – к.мед.н., с.н.с., завідувач відділення охорони здоров'я матері і дитини ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»; пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна.