Summery

MEDICAL AND SOCIAL ISSUES ON PREVENTING PREMATURE DEATH OF POPULATION IN POLTAVA REGION

Belikova I.V., Kostrikov A.V., Krasko N.M.

Key words: health statistics, public health, circulatory diseases, risk factors.

World Health Organization in its document "Health-21. The Health for All Policy Framework for Health in the WHO European Region" set targets to address the reduction in mortality rates associated with cardiovascular disease in people under 65 by an average 40%. The purpose of this study was to analyze the dynamics of mortality in the population of the Poltava region, to determine the age and sex patterns of mortality from circulatory diseases in the population of Ukraine, to conduct a comparative analysis of the data in order to identify possible ways to improve the situation. The research materials were data from the State Statistics Service of Ukraine and data from the Poltava Regional Information and Analytical Centre for Medical Statistics of the Poltava Regional Council, the database "Health for All" (HFA-DB) was also used. A retrospective study of the morbidity and mortality rates by age, sex and causes was carried out (2014-2018rr). The study was based on bibliosemantic and information-analytical methods, the statistical method of analyzing time series. The analysis of the demographic situation in the Poltava region indicates a decrease in mortality, but the indicator is still remaining at an extremely high level (16.9 ‰). Diseases of the circulatory system are ranking the leading position among the causes of population mortality. The analysis of the morbidity among the population of the Poltava region indicates an increase of the prevalence and incidence of circulatory diseases among both urban and rural population. Based on the results obtained, we worked out recommendation aimed at reducing morbidity and premature mortality from circulatory diseases through enhancing the awareness of behavioural risk factors. Data on the causes of public health losses and risk factors can help healthcare authorities responsible for public health policy-making and health system financing to set priorities for prevention strategies in order to achieve better public health.

DOI 10.31718/2077-1096.19.3.11

УДК 355.292:616-085

Гавловський О.Д.

АНАЛІЗ ДИНАМІКИ КІЛЬКОСТІ ВЕТЕРАНІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЛИ НА СТАЦІОНАРНОМУ ЛІКУВАННІ

Необхідність вирішення питань лікування та диспансерного обліку ветеранів війни та учасників бойових дій є одним з найбільш хвилюючих питань, якому приділяється значна увага. Події, які відбувалися у далекому минулому та ті, що відбуваються протягом останніх років на сході нашої країни, хвилюють кожного та змушують нашу владу та організаторів охорони здоров'я для розробки програм надання стаціонарного лікування, диспансерного спостереження та реабілітаційних заходів ветеранам війни та учасникам бойових дій. Багатогранність надання медичної допомоги та диспансеризації ветеранам війни та учасникам бойових дій потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напрямку клінічної та соціальної медицини. Воєнні дії завжди супроводжуються втратами та пораненнями як військовослужбовців, так і мирних громадян. Особи, у яких порушене здоров'я у результаті бойових дій, яке виражене у обмеженні нести військову службу, або ж працювати, пересуватися потребують перш за все встановлення стійкої втрати працездатності. Це зумовлюється тим, що в структурі інвалідності виокремлюється група причин, що включає людей, які повністю або частково втратили працездатність в результаті поранення, контузії або каліцтва, отриманих під час виконання військової служби. Огляди ветеранів війни та учасників бойових дій відбуваються у поліклініках та при певних обставинах може здійснюватися виїзною бригадою фахівців на місця (дільничні лікарні, сільські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти та вдома за місцем проживання ветерана). У лікувально-профілактичних закладах огляди ветеранів проводяться за попереднім їх викликом. Ветерани війни оглядаються вдома виїзною бригадою спеціалістів у випадках, коли проживають далеко від лікувально-профілактичних закладів та за станом здоров'я не можуть прийти на огляд.

Ключові слова: стаціонарне лікування, диспансерне спостереження, ветерани війни, учасники бойових дій.

Вступ

Питання стаціонарного лікування учасників бойових дій та ветеранів війни є одним з актуальних питань, якому приділяється значна увага та яке виноситься на розгляд засідань урядових комітетів і громадських організацій. Головною метою при вирішенні цих питань є відновлення фізичного та психічного здоров'я учасників бойових дій, досягнення соціально-психологічного

благополуччя, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій, запобігання інвалідності, профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Диспансерне спостереження - це комплекс медичних заходів, в фундаменті якої закладене активне, постійне спостереження за станом здоров'я людей, виявлення захворювань на ранніх

стадіях, детальне дослідження, вивчення, та усунення причин їх виникнення, проведення лікувально-оздоровчих, санітарно-гігієнічних, соціальних заходів, спрямованих на покращення умов навколишнього середовища, праці та способу життя людей. Швидке та якісне лікування, ефективно проведення медичної реабілітації, диспансерне спостереження може бути досягнуте лише за умов раннього початку, безперервності, послідовності, наступності та повноти надання медичної допомоги хворим, індивідуального підходу та програмування відновного лікування, наданні своєчасних реабілітаційних заходів.

Мета дослідження

Вивчити та аналізувати динаміку кількості ветеранів війни, інвалідів війни та учасників бойових дій, які перебувають на стаціонарному лікуванні та диспансерному спостереженні.

Матеріали і методи

Нами були вивчені такі показники як кількості ветеранів війни, які перебувають на диспансерному обліку, учасників бойових дій (УБД), які перебувають на диспансерному обліку, кількості ветеранів, які перебували в стаціонарі та в госпіталі. Динаміку цих показників вивчали протягом 2016-2018 роки. Джерелом інформації служили статистичні матеріали Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни[1]. Аналіз здійснювали за допомогою динамічних рядів, які використовували для визначення абсолютного приросту і темпу приросту до базового рівня – 2016 року серед ветеранів війни, які

знаходяться на диспансерному обліку.

Результати та їх обговорення

Упродовж 2019 року в Україні на диспансерному обліку в закладах охорони здоров'я перебувало 967848 ветеранів війни. Кількість інвалідів війни в цілому в Україні порівняно з 2016 року збільшилася на 27,4% (табл.1). Лише в двох областях спостерігається зменшення їхнього числа: Дніпропетровська і Одеська області -10,2% - 44,5% відповідно. Як зазначено на сайті Дніпропетровської області [2], за законом до ветеранів відносяться не тільки ті, хто захищав нас від фашизму в 1941-1945 рр., але й учасники пізніших воєн, кількість ветеранів в місті поступово зменшується, відповідно, зменшуються і інваліди.

Участь у бойових діях – це одна з найважчих травматичних подій, які може пережити людина. Так, наприклад, більше 30% випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед населення США пов'язані з бойовим досвідом [3]. У американських солдатів, які брали участь в бойових діях в Афганістані та Іраку, ризик ПТСР через 3-4 місяці після повернення склав 6,2% для солдат, що повернулися з Афганістану та 12,9% для солдат і 12,2% для морських піхотинців, що повернулися з Іраку. Загальний ризик набуття ПТСР перед призовом становив 5% для всіх військових [4]. Тому, нам важливо було визначити динаміку УБД. Число учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку, зростає, темп приросту 42,8% (табл.2).

Таблиця 1.
Динаміка інвалідів війни, які перебувають на диспансерному обліку

Області України	Ветеранів війни			
	2016	2017	2018	Темп приросту %
Вінницька	273	296	367	34,4
Волинська	278	401	495	78,0
Дніпропетровська	624	552	560	-10,2
Донецька	4	19	36	800
Житомирська	361	468	621	73,6
Закарпатська	68	12	197	189,7
Запорізька	84	189	190	126,1
Івано-Франківська	97	264	320	229,8
Київська	385	623	1010	162,3
Кіровоградська	122	179	238	95,0
Львівська	390	602	704	80,5
Миколаївська	185	254	334	80,5
Одеська	119	645	66	-44,5
Полтавська	154	226	255	65,5
Рівненська	71	113	162	128,1
Сумська	75	121	173	130,6
Тернопільська	59	96	157	166,1
Харківська	68	122	202	197,0
Херсонська	39	49	91	133,3
Хмельницька	92	114	197	1,1
Черкаська	191	366	523	173,8
Чернівецька	101	150	190	88,1
Чернігівська	139	202	263	89,2
м. Київ	149	204	272	82,5
УКРАЇНА	4128	6267	7623	84,6

Таблиця 2.
Динаміка учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку

Області України	УБД			
	2016	2017	2018	Темп приросту %
Вінницька	9440	11291	12246	29,7
Волинська	6600	7584	8289	25,5
Дніпропетровська	8299	10822	16674	100,9
Донецька	1450	1834	2508	72,9
Житомирська	7378	8318	9411	27,5
Закарпатська	2422	1575	3529	45,7
Запорізька	4792	6271	7097	48,1
Івано-Франківська	3976	4949	5550	39,5
Київська	9518	11865	13113	37,7
Кіровоградська	6758	7788	8681	28,4
Львівська	7735	10587	11212	44,9
Миколаївська	4128	5537	6097	47,6
Одеська	1363	5042	5031	2,6
Полтавська	6611	7580	7852	0,1
Рівненська	4651	5879	6301	35,4
Сумська	6347	7441	8274	30,3
Тернопільська	2673	3327	3825	43,0
Харківська	6062	10419	11144	83,8
Херсонська	3954	4920	5443	37,6
Хмельницька	5614	6319	6880	22,5
Черкаська	5705	6504	7083	24,1
Чернівецька	3010	2875	3152	4,7
Чернігівська	5670	6623	7120	25,5
м. Київ	2974	3949	5129	72,4
УКРАЇНА	127130	159299	181641	42,8

Наступним кроком нашого дослідження було визначення динаміки кількості ветеранів, які перебували в стаціонарі. Стаціонарне лікування — організація цілодобової медичної допомоги і догляду за хворими, які були госпіталізовані у заклади охорони здоров'я[3]. Завдяки цілодобовому знаходженню пацієнта в стаціонарі, можливий високий рівень спостереження при якому є можливість адаптувати терапевтичне, хірургічне, психіатричне лікування. На цей тип лікування ведеться відбір за направленням первинного рівня надання медичної допомоги, екстреної медичної допомоги та самозверненням. Враховуючи той факт, що учасники бойових дій мають поранення, структура захворюваності може змінюватися. Так, в роботі Гайди І.М. показано, що 61,1% поранених були з легким загальним станом. Крім того, госпіталізовані учасники АТО мали загальні захворювання, такі, як нервової системи — посідали перше місце, тоді, як органи дихання — друге [8]. Значним внеском у структуру захворювань серед ветеранів війни є посттравматичний синдром. Якщо у населення він зустрічається у 4%, то у військовослужбовців, поліції — від 6 до 32%. Розповсюдженість цього психічного розладу надзвичайно зростає в учасників війни. Тому важливо було вивчити динаміку кількості військовослужбовців, які отримали стаціонарне лікування. В таблиці 3 показано, що в цілому в Україні їхня кількість зросла, темп приросту 28,0%. Найбільший зріст відбувся в Харківській області, де темп приросту становив 234,7%, що в 3,3 рази більше порівняно з 2016 роком. Очевидно, що це можна пояснити тим, що під час

проведення лікувально-евакуаційних заходів в АТО сформувалися два основні евакуаційні напрями з розгорнутими на них етапами медичної евакуації (рівнями медичного забезпечення): - один — переважно з Луганської області на Харків; - другий — переважно з Донецької області на Дніпропетровськ [5]. В 2016 році, коли йшов третій рік АТО, найбільша кількість ветеранів, які отримали стаціонарне лікування була в Дніпропетровській області 3483(39,03%). Допевне це пов'язано з тим, що найбільш вагомий внесок у загальнодержавну справу щодо медичного забезпечення АТО внесла Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечнікова [6]. Сьогодні бойові операції на Сході України залучають військовослужбовців, які знаходяться в небезпечній службовій обстановці. Необхідні дослідження для систематичної оцінки кількості ветеранів і учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку, для планування мережі закладів охорони здоров'я, кількості медичних кадрів.

Оскільки ветерани війни відносяться до Міністерства оборони України, Державної прикордонної служби України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ України, то їхнє медичне обслуговування підпорядковується наказу Міністра оборони України № 871 від 18.12.2013 «Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Збройних Сил України», де йдеться про розподіл закладів охорони здоров'я за видом надання медичної допомоги. Згідно цього документу, госпіталь належить до лікарняних закладів.

Таблиця 3
Динаміка кількості ветеранів, які перебували в стаціонарі

Області України	Отримали стаціонарне лікування			Темп приросту %
	2016	2017	2018	
	абс (%)	абс (%)	абс (%)	
Вінницька	1506 (15,5)	760 (6,56)	780 (6,0)	-48,2
Волинська	1335 (19,41)	1747 (21,8)	1737 (19,8)	30,1
Дніпропетровська	3483 (39,03)	2401 (21,11)	2391 (13,9)	-31,3
Донецька	100 (6,88)	201 (10,85)	189 (7,4)	89
Житомирська	1550 (20,03)	2093 (23,82)	2211 (21,2)	42,6
Закарпатська	401 (16,1)	315 (19,85)	(0,0)	0,0
Запорізька	418 (8,57)	758 (11,73)	805 (11,1)	92,5
Івано - Франківська	758 (18,61)	1343 (25,76)	1439 (24,5)	89,8
Київська	1605 (16,21)	1803 (14,44)	1753 (12,4)	9,2
Кіровоградська	1759 (25,57)	2472 (31,03)	2940 (32,0)	67,1
Львівська	2016 (24,81)	2850 (25,47)	2837 (23,8)	-98,5
Миколаївська	593 (13,75)	660 (11,4)	1023 (15,9)	72,5
Одеська	299 (299)	502 (8,83)	158 (3,1)	-47,1
Полтавська	1590 (23,5)	1799 (23,05)	2335 (28,8)	46,8
Рівненська	1370 (29,01)	1272 (21,23)	1313 (20,3)	-4,1
Сумська	741 (11,54)	1087 (14,37)	1119 (13,-)	51,0
Тернопільська	410 (15,01)	635 (18,55)	659 (16,6)	60,7
Харківська	492 (8,3)	1498 (14,21)	1647 (14,2)	234,7
Херсонська	581 (14,55)	527 (10,61)	1018 (18,4)	75,2
Хмельницька	1103 (19,33)	1141 (17,74)	1266 (17,9)	14,7
Черкаська	1489 (25,25)	1990 (28,97)	2031 (26,7)	36,4
Чернівецька	1401 (45,03)	682 (22,55)	2036 (60,9)	45,3
Чернігівська	951 (16,37)	1086 (15,91)	1276 (17,3)	34,1
м. Київ	704 (22,54)	989 (23,81)	1164 (21,6)	65,3
УКРАЇНА	26655 (20,31)	?(18,49)	34127(17,9)	28,0

Таблиця 4
Динаміка кількості ветеранів, які перебували в госпіталах

Області України	Проліковано в госпіталах			Темп приросту %
	2016	2017	2018	
	к-сть %	к-сть %	к-сть %	
Вінницька	785 (8,08)	1163 (10,04)	1305 (10,1)	66,2
Волинська	1163 (16,91)	1434 (17,96)	1519 (17,3)	30,6
Дніпропетровська	717 (8,04)	902 (7,93)	1005 (5,8)	40,1
Донецька	362 (24,90)	532 (28,71)	397 (15,6)	9,6
Житомирська	655 (8,46)	1216 (13,84)	1291 (12,4)	97,0
Закарпатська	95 (3,82)	313 (19,72)	305 (8,2)	221
Запорізька	151 (3,10)	164 (2,54)	180 (2,5)	19,2
Івано-Франківська	35 (0,86)	383 (7,35)	379 (6,5)	982,8
Київська	1209 (12,21)	1426 (11,42)	1556 (11,0)	28,7
Кіровоградська	1113 (16,18)	1327 (16,66)	1578 (17,2)	41,7
Львівська	1240 (15,26)	1645 (14,70)	2055 (17,2)	65,7
Миколаївська	324 (7,51)	437 (7,55)	577 (9,0)	57,7
Одеська	0 (0,00)	61 (1,07)	59 (1,2)	59
Полтавська	1164 (17,21)	1203 (15,41)	1563 (19,3)	34,2
Рівненська	913 (19,34)	994 (16,59)	988 (15,3)	8,21
Сумська	629 (9,79)	1055 (13,95)	1027 (12,2)	63,2
Тернопільська	173 (6,33)	144 (4,21)	165 (4,1)	-4,6
Харківська	554 (9,04)	695 (59)	709 (6,1)	27,9
Херсонська	267 (6,69)	353 (7,10)	435 (7,9)	62,9
Хмельницька	552 (9,67)	722 (11,22)	780 (11,0)	41,3
Черкаська	1055 (17,89)	1275 (18,56)	1351 (17,8)	28,0
Чернівецька	440 (14,14)	743 (24,56)	770 (23,0)	75,0
Чернігівська	215 (3,70)	326 (4,78)	401 (5,4)	86,5
м. Київ	805 (25,78)	964 (23,21)	1084 (20,1)	34,6
Україна	14616 (11,14)	19477 (11,76)	21479 (11,3)	46,9

Отже подальшим етапом нашого дослідження стало вивчення динаміки кількості ветеранів пролікованих в госпіталах України. Загалом в Україні цей показник збільшився, темп приросту 46,9% що підтверджується таким же односпрямованим зростом по всіх її регіонах (табл. 4).

Несуттєве зменшення спостерігається лише в Тернопільській області, темп приросту -4,6%. Така динаміка кількості ветеранів пролікованих в госпіталах свідчить про чітку організацію медичної допомоги учасникам АТО. З моменту антитерористичної операції поступово збільшувалась

планова евакуація поранених до Головного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» (м. Київ) та Військово-медичного клінічного центру Південного (м. Одеса), Центрального (м. Вінниця) та Західного (м. Львів) регіонів. Незалежно від місця дислокації всі заклади охорони здоров'я Міністерства оборони (МО) України взяли участь у лікуванні та реабілітації поранених військовослужбовців [7].

Висновки

1. Встановлено, що в Україні кількість ветеранів війни, та учасників бойових дій, які перебувають на диспансерному обліку порівняно з 2016 року збільшилася на 27,4% та на 42,8% відповідно.

2. Визначено, що кількість військовослужбовців, які отримали стаціонарне лікування в Україні зросла, темп приросту 28,0%. Найбільше зростання було в Харківській області, темп приросту 234,7%.

Доведено, що кількість ветеранів, які перебували в госпіталі зростала односпрямовано в усіх 3. регіонах України, окрім Тернопільської області, де темп приросту становив -4%.

4. Проведений аналіз дозволить визначити потребу в стаціонарному лікуванні та ефективно планувати мережу закладів охорони здоров'я, Збройних Сил України.

Література

1. Zhahovskiy V, Lyvynskiy V, Kudrenko M, Melnyk I, Slabkiy G. Medychne zabezpechannyaniterroristichnoi operacii: stan, problem ta napriamky vdoskonalennya [Medical support of the

- anti-terrorist operation: the state, problems and directions of improvement]. J Ukraine. Nation's health. 2015; 2(34): 7-17. (Ukrainian).
2. Kasynech SS, Holovanova IA, Palamarchuk DV, Doroshenko OO. Medyko-socyalny aspekti ekspertyzny uchastnykyv boyovykh dyi v Poltavskiy oblasti [Medical and social aspects of expertise of combatant participant in Poltava region]. Aktualny problemy suchasnoi medycyny. 2017; 4(2): 160-3. (Ukrainian).
3. Kasynech SS, Holovanova IA, Filatova VL. Medyko-socyalny naslydky antyterroristichnoi operacii dlia Poltavskoi oblasti ta shlahy ih virishennia [Medical and social consequences of the anti-terrorist operation for Poltava region and ways of their solution] Visnyk problem biologiyi i medycyny 2017; 2 (140): 184-6. (Ukrainian).
4. Leskov VO. Psykholohichna reabilitatsiya viyskovosluzhbovtziv zapasu v systemi minimizatsiyi vyvaviv nehatyvnykh psykholohichnykh naslydkiv lokalnykh voyennykh konfliktiv [Psychological rehabilitation of the reserve military personnel in the system of minimizing the manifestations of negative psychological consequences of local military conflicts]. Zbirnyk naukovykh prats instytutu psykholohiyi im. H.S. Kostyuka. 2006; 8(3): 191-7 (Ukrainian).
5. Paronyants TP. Vynyknennya i proyav pislya travmatychnykh stresovykh rozladiv u pratsivnykiv orhaniv vnutrishnikh sprav v umovakh vykonannya myrotvorchoyi misiyi OON [Occurrence and manifestation of traumatic stress disorders in law enforcement officials in the context of the UN peacekeeping mission]; 2004;18:25-9 (Ukrainian).
6. Popelyushko RP. Rezultaty doslidzhennya psykholohichnykh osoblyvostey kombataniv do ta pislya uchasti u boyovykh diyakh [The results of the study of the psychological characteristics of combatants before and after participation in hostilities]. Innovative solutions in modern science 2017; 5(14): 78-91 (Ukrainian).
7. Timchenko VO. Psykholohichni naslydky perebuvannya ryatuvaynykh u zoni provedennya antyterrorystychnoyi operatsiyi [Psychological consequences of rescuers being in the area of anti-terrorist operation]. Dys. kand. psykol. nauk. 2017; 81-82 (Ukrainian).
8. Timchenko VO. Refleks prydushennya abo shcho zavazhaye veteranam ATO povernutysya do zvychnyho myrnoho zhyttia [The reflexes of suppression or which prevents ATO veterans from returning to normal peaceful life]. Problemy ekstremalnoyi ta kryzovoyi psykholohiyi 2015; 18: 234-43 (Ukrainian).

Реферат

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ КОЛИЧЕСТВА ВЕТЕРАНОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

Гавловский А.Д.

Ключевые слова: стационарное лечение, диспансерное наблюдение, ветераны войны, участники боевых действий.

Необходимость решения вопросов лечения и диспансерного учета ветеранов войны и участников боевых действий является одним из самых волнующих вопросов, которому уделяется значительное внимание. События, которые происходили в далеком прошлом и происходящие на протяжении последних лет на востоке нашей страны в волнуют каждого и заставляют нашу власть и организаторов здравоохранения для разработки программ предоставления стационарного лечения, диспансерного наблюдения и реабилитационных мероприятий ветеранам войны и участникам боевых действий. Многогранность оказания медицинской помощи и диспансеризации ветеранов войны и участникам боевых действий требует эффективного функционирования этой системы в качестве самостоятельного направления клинической и социальной медицины. Военные действия, всегда сопровождаются потерями и ранениями как военнослужащих и мирных граждан. Лица, у которых нарушено здоровье в результате боевых действий, которое выражено в ограничении нести военную службу, или же работать, передвигаться нуждаются прежде всего установления стойкой утраты трудоспособности. Это обусловлено тем, что в структуре инвалидности выделяется группа причин, включая людей, которые полностью или частично утративших трудоспособность в результате ранения, контузии или увечья, полученных при исполнении военной службы. Обзоры ветеранов войны и участников боевых действий происходят в поликлиниках и при определенных обстоятельствах может осуществляться выездной бригадой специалистов на места (участковые больницы, сельские амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты и дома по месту жительства ветерана). В лечебно-профилактических учреждениях осмотры ветеранов проводятся по предварительной их вызову. Ветераны войны осматриваются дома выездной бригадой специалистов в случаях, когда они проживают далеко от лечебно-профилактических учреждений и по состоянию здоровья не могут прийти на осмотр.

Summery

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF THE NUMBER OF VETERANS WHO ACCOMPLISHED IN THE INVENTORY

Gavlovsky OD

Key words: inpatient treatment, dispensary observation, war veterans, combatants.

The need to address the issues of treatment and dispensary accounting for war veterans and combatants is one of the most pressing issues that has received considerable attention. Events that have taken place in the distant past and that have taken place in recent years in the east of our country before, excite everyone and compel our authorities and health care organizers to develop inpatient care, dispensary surveillance and rehabilitation programs for war veterans and combatants actions. The multifaceted delivery of medical assistance and dispensary to war veterans and combatants requires the effective functioning of this system as an independent area of clinical and social medicine.

Military action is always accompanied by casualties and injuries to both military and civilians. Persons in poor health as a result of military action, which is expressed in restriction on military service or work, need to move first and foremost to establish a permanent disability. This is due to the fact that the disability structure identifies a group of causes, including people who have completely or partially lost their disability as a result of injury, injury or injury sustained during their military service.

Surveys of war veterans and combatants take place in outpatient clinics and, under certain circumstances, may be carried out by a visiting team of specialists to the field (hospitals, rural dispensaries, FAPs, and veterans' homes). In health care facilities, veterans' examinations are carried out at their previous call. War veterans are inspected at home by a visiting team of specialists in cases where they live far away from health care facilities and because of their health, and cannot be examined.

Introduction. The issue of inpatient treatment of combatants and war veterans is one of the topical issues that is receiving considerable attention and is being addressed by meetings of governmental committees and civic organizations. The main goal in addressing these issues is to restore the physical and mental health of participants in the hostilities, achieve social and psychological well-being, reduce the frequency and severity of the effects of mental traumas suffered in the form of acute stress reactions, prevention of disability, prevention of aggression and prevention of aggression.

Dispensary observation is a complex of medical measures, which is based on active, constant monitoring of the state of human health, detection of diseases in the early stages, detailed research, study, and elimination of the causes of their occurrence, carrying out medical and health, sanitary, social and hygienic activities aimed at improving the environment, work and people's lifestyles. Fast and quality treatment, effective medical rehabilitation, dispensary observation can only be achieved with early onset, continuity, consistency, continuity and completeness of medical care for patients, individual approach and programming of rehabilitation, timely rehabilitation.