

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БОЙОВИХ ДІЙ ОБ'ЄДНАНОГО УГРУПОВАННЯ ВІЙСЬК (СИЛ) РОСІЙСЬКОЇ ФЕДЕРАЦІЇ В ПЕРІОД ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ 1994-1996 рр. І В КОНТР-ТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ НА ПІВНІЧНОМУ КАВКАЗІ В 1999-2001 рр.

(За результатами участі в науковій конференції з міжнародною участю «Наследие Пирогова: прошлое настоящее, будущее», Санкт-Петербург, Військово-медична академія ім. С.М. Кірова, 25-27 листопада 2010 року)

В.О. Жаховський, кандидат наук з державного управління, заступник директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України

Сьогодні збройні сили Російської Федерації та її військово-медична служба перебувають у стані реформування. Маючи величезний історичний досвід медичного забезпечення військ (сил) в бойових діях керівництво Головного військово-медичного управління Міністерства оборони Російської Федерації (ГВМУ МО РФ) під час вибору концепції розбудови та розвитку системи медичного забезпечення велику увагу приділяє досвіду медичного забезпечення бойових дій об'єднаного угруповання військ (ОУВ) в період збройного конфлікту 1994-1996 рр. та при проведенні контр-терористичної операції на Північному Кавказі в 1999-2001 рр.

Попередній аналіз і узагальнені результати медичного забезпечення об'єднаного угруповання військ (ОУВ) при проведенні контр-терористичної операції на Північному Кавказі в 1999-2002 рр. свідчать про те, що медична служба в той період зі своїм завданням упоралася успішно. Підтвердженням тому є офіційні підсумки її роботи за вказаний період [4].

Так, на етапи медичної евакуації надійшло більше 37 тис. поранених і хворих (40 % поранених, опікових і травмованих та 60 % хворих), 90 % з яких госпіталізовані у лікувальні установи, розгорнуті як у районі збройного конфлікту, так і за його межами.

Закінчили лікування й виписані з одужанням 89,5 % поранених і 95 % хворих. Летальність склала 1,5 % у поранених і 0,3 % у хворих. Інші – 9 % поранених і близько 5 % хворих, звільнено з лав ЗС РФ внаслідок

інвалідності або направлені в лікувальні установи за місцем призову, без винесення експертного висновку.

Більше 100 тис. поранених і хворих було евакуйовані всіма видами санітарного транспорту (з обліком одно-, двох- і трикратних переміщень тих самих потерпілих на різні етапи медичної евакуації), причому близько 80 % з них – повітряним транспортом.

За висновками керівництва ГВМУ МО РФ висока ефективність роботи медичної служби обумовлена багатьма чинниками, головними з яких є:

Побудова і формування системи медичного забезпечення ОУВ на базі інфраструктури медичної служби ЗС РФ мирного часу.

До початку подій у Чеченській Республіці медична служба ПКВО мала організаційно оформлену територіальну систему медичного забезпечення, основним функціональним ядром якої були базові медичні установи округу. Вони пройшли успішне випробування в мирний час і показали високу ефективність у бойовій обстановці на Північному Кавказі в 1994-1996 рр. Безпосередньо медичне забезпечення ОУВ в 1999-2001 рр. здійснювало угруповання сил і засобів медичної служби ПКВО у складі: стаціонарних лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) – 9, мобільних – 2; медичних складів і сформованих на їхній базі пересувних відділень – 7; установ санітарно-епідеміологічного нагляду і сформованих на їхній базі пересувних санітарно-епідеміологічних груп (ПСЕГ) – 4; інших медичних установ – 7; медичних підрозділів – 5.

Крім того, у медичному забезпеченні ОУВ у той період брали участь фахівці інших міністерств і відомств. Медичні підрозділи й частини були повністю укомплектовані штатною санітарною технікою (АС-66, АП-2, МТ-ЛБ тощо).

Наявність у фахівців медичної служби бойового досвіду роботи в умовах Північного Кавказу в 1994-1996 рр.

Незважаючи на організаційні заходи й природне переміщення військовослужбовців медичної служби ПКВО (звільнення, навчання, заміна), більше половини лікарів, що приймали участь у контр-терористичній операції на Північному Кавказі в 1994-1996 рр., продовжували служити у військах і військово-медичних установах округу.

Завчасна підготовка особового складу медичної служби ЗС РФ і територіальної інфраструктури медичної служби ПКВО до роботи в режимі госпітальної бази (стаціонарної).

З часу закінчення збройного конфлікту на Північному Кавказі в 1994-1996 рр. і до цього часу у Військово-медичній академії (ВМедА) і лікувальних установах Центру перебували в постійній (добовій) готовності 11 груп спеціалізованої медичної допомоги (ГСМД), з якими регулярно, за розробленою програмою відповідно до плану проводилися заняття із спеціальної підготовки та їх бойового злагодження. У режимі постійної готовності перебували медичні загони спеціального призначення (МЗСП) військових округів і штатні групи спеціалізованої медичної допомоги флотів.

У перші дні контр-терористичної операції в Республіці Дагестан три ГСМД – ВМедА, Головного військового клінічного госпіталю (ГВКГ) ім. М.М. Бурденка та Центрального військового клінічного госпіталю (ЦВКГ) ім. О.О. Вишневецького) і три МЗСП (ЛенВО, ПриВО і УрВО) були спрямовані в район збройного конфлікту. З метою виділення потоку легко поранених та інфекційних хворих і організації надання їм медичної допомоги та лікування в чотирьох лікувальних установах

ПКВО було розгорнуто більше 500 ліжок для легкопоранених і близько 300 ліжок для інфекційних хворих. Крім того, для виділення легкопоранених і хворих в окремий потік було ухвалене рішення щодо розширення ліжкової ємності двох військових госпіталів (ВГ) для легкопоранених за рахунок розгортання наметів ПМК (8 наметів в одному ВГ на 200 ліжок і 4 намети в іншому на 120 ліжок). У випадку збільшення санітарних втрат був передбачений варіант формування госпіталю легкопоранених на базі ВГ у м. Будьоновську.

Для лікування інфекційних хворих в одному із ВГ був розроблений варіант вивільнення дерматовенерологічного відділення й передачі цього профілю хворих у відділення легкопоранених (у намети), а на його базі організовувалося надання допомоги інфекційним хворим та їх лікування. У разі потреби передбачалося додаткове розгортання наметового фонду.

Здійсненню такого маневру силами й засобами сформованої медичної служби в ході налагодженої роботи лікувальних установ першого ешелону сприяла завчасна підготовка цих ВГ для роботи в умовах збройного конфлікту й формування госпітальної бази (стаціонарної).

Успіх обумовлений також своєчасним розгортанням достатньої кількості сил і засобів медичної служби в районі проведення контр-терористичної операції й формуванням відповідних угруповань медичної служби.

Угруповання сил і засобів медичної служби формувалися за напрямками діяльності військ і зонами відповідальності. До складу кожної з них були включені ВГ, МЗСП, санітарно-епідеміологічні загони (СЕЗ) або ПСЕЗ, медичні склади або їхні пересувні відділення, санітарно-транспортні підрозділи. До початку контр-терористичної операції рішенням начальника медичної служби ПКВО сформовані угруповання були розподілені за трьома напрямками:

Північне – у складі ВГ, МЗСП, двох омедеб, МПП і медр полків і бригад, групи спеціалізованої медичної допомоги;

Східне – у складі ВГ, двох МЗСП, об'єднаних МПП і медр, одного ПСЕЗ, МЗСП, пересувного відділення медичного складу, групи спеціалізованої медичної допомоги;

Західне – у складі ВГ, МЗСП, омедб, МПП і медр полків і бригад, СЕЗ, медичного складу, групи спеціалізованої медичної допомоги;

У резерві начальника медичної служби ОУВ перебували: МЗСП, група медичного підсилення, дві пересувні групи гарнізонних СЕЗ, пересувне відділення медичного складу, ремонтна група медичної техніки. В інтересах раціонального використання медичних частин і установ останні не передавалися в пряме підпорядкування командуючих відповідними напрямками, а працювали в смузі дій угруповань.

Ефективність медичного забезпечення ОУВ досягалася формуванням поблизу границі зони бойових дій багатопрофільних спеціалізованих госпіталів на базі гарнізонних військових госпіталів і багатопрофільних спеціалізованих груп із ВМедА і лікувальних установ Центру.

Дислоковані на границі зони бойових дій лікувальні установи ПКВО були посилені ГСМД, що прибули з лікувальних установ Центру і ВМедА, в 1,5-2 рази була збільшена їхня ліжкова місткість.

Багато чого залежало від адекватного нарощування сил і засобів медичної служби в районі контр-терористичної операції, а також від своєчасного виділення їх за його межами, від створення й підтримання в постійній готовності резерву госпітальних ліжок у Центрі для прийому, надання медичної допомоги, лікування й реабілітації поранених і хворих протягом певного часу.

Крім вищенаведених сил і засобів медичної служби ПКВО в інтересах ОУВ директивою начальника ГВМУ МО РФ були виділені частини й установи медичної служби та резерв госпітальних ліжок у лікувальних установах військових округів, військових госпіталях Центру і ВМедА.

Виправдав себе своєчасний маневр силами й засобами медичної служби, видами і

обсягом медичної допомоги, обумовлений постійно мінливою оперативною обстановкою, особливо в початковий період контр-терористичної операції.

Зосереджені до початку контр-терористичної операції на східному напрямку сили і засоби медичної служби після завершення її першого етапу були розосереджені і розгорнуті там, де складалася найбільш складна обстановка. Іноді в силу обставин кількість розгорнутих сил і засобів медичної служби у тому чи іншому напрямку виявлялася надлишковою.

Важко було розраховувати на успіх без правильного ешелонування сил і засобів медичної служби, а також видів медичної допомоги, у першу чергу спеціалізованої.

Сформовані в зоні збройного конфлікту угруповання сил та засобів медичної служби, у першу чергу лікувально-профілактичних установ, у цілому забезпечували своєчасне надання медичної допомоги в повному обсязі, за винятком окремих видів спеціалізованої. Вони були названі установами першого рівня (ешелону) надання спеціалізованої медичної допомоги, лікування поранених і хворих у межах обмежених строків, як правило не більше 30 діб. Спеціалізована медична допомога, лікування і реабілітація близько 25 % поранених і хворих з тривалими строками видужання, а також хворих, які потребували складних оперативних втручань з важкими ускладненнями, здійснювалися в другому (окружний військовий клінічний госпіталь ПКВО, окружний військовий госпіталь МВО й ПУрВО) і третьому (ВМедА та лікувальні установи Центру) ешелонах.

Найважливішою складовою успіху стало широке використання повітряного транспорту для евакуації поранених і хворих і, як наслідок – скорочення кількості етапів медичної евакуації (ЕМЕ).

Із всіх потерпілих 80 % були евакуйовані повітряним транспортом. Що стосується омедб дивізій і МЗСП, то всі поранені та хворі з них вивозилися санітарними вертольотами у ВГ першого ешелону. Евакуація здійснювалася

силами авіації Сухопутних військ – вертольотами МІ-8, МІ-8МТ, МІ-26. У постійному режимі в інтересах медичної служби перебувало 3 вертольоти МІ-8, а в періоди великого надходження поранених і хворих на етапах медичної евакуації в черговому режимі перебували додаткові сили й засоби, виходячи із заявленої потреби. Виділені для медичних потреб вертольоти МІ-8 обладнувалися уніфікованими стійками, що дозволяло евакуювати одночасно 6 поранених на носилках та 8-10 сидячи [2].

За кожним санітарним вертольотом був закріплений медичний працівник, що мав при собі укладку для надання першої лікарської допомоги. Розширення обсягу допомоги на борту санітарного вертольоту було недоцільним через нетривалість польотного часу.

Для створення оптимальних умов роботи на вертолітних площадках Гізеля, Моздока, Каспійська та Шалхі були розгорнуті приаеродромні евакоприймальники за рахунок медичних частин і установ ПКВО. У ході активної фази контр-терористичної операції санітарні вертольоти зробили більше тисячі вильотів.

Із ВГ першого ешелону в ОВКГ ПКВО, а з нього у ВМедА і лікувальні установи Центру евакуація здійснювалася літаками ІЛ-76 і АН-72 військово-транспортної авіації, а також спеціально обладнаним літаком ІЛ-76 “Скальпель”. Для забезпечення своєчасної доставки поранених і хворих на аеродром при ВГ створювалися автосанітарні підрозділи, які працювали в черговому режимі у безпосередньому контакті з диспетчерськими пунктами на аеродромах. Для супроводу і надання реаніматологічної допомоги тяжкопораненим і хворим під час евакуації їх за межі зони конфлікту формувалися реаніматологічні бригади, до складу яких входили лікар-анестезіолог-реаніматолог і медсестри-анестезисти, що забезпечувалися укладками для надання невідкладної допомоги і догляду за пораненими. Інтенсивність повітряної евакуації дозволила скоротити число ЕМЕ для більшої частини поранених і хворих до 3 і лише для 25 % – до 4.

Багато чого залежало від скорочення строків доставки поранених і хворих на ЕМЕ і скорочення гранично допустимих строків надання всіх видів медичної допомоги.

Скорочення строків доставки поранених і хворих на ЕМЕ було обумовлено, у першу чергу, умовами ведення бойових дій, ешелонуванням і оперативною побудовою військ, і як наслідок, дуже близьким розгортанням медичних підрозділів (частин), у першу чергу військових, від переднього краю. Порівняно невеликий просторовий розмах, позиційний характер бойових дій, відсутність чіткої границі зіткнення з противником, а також між фронтом і тилом не дозволяли повною мірою дотримуватись загальноприйнятих нормативів з віддаленості ЕМЕ від переднього краю, обмежували маневр ними в ході ведення бойових дій, вимагали посилення їхньої охорони і оборони.

Так, з досвіду медичного забезпечення ОУВ на Північному Кавказі медичні підрозділи (частини) розгорталися на відстані від переднього краю: МПП – 400-500 м, омедб – 800-1000 м, МЗСП – від 2 до 5 км. Відсутність штатних підрозділів охорони й оборони в складі медичних підрозділів і частин знижувало безпеку ЕМЕ і приводило до необхідності їхнього розгортання поруч з пунктами управління військами, які мали штатні підрозділи охорони. Це, з одного боку, не завжди відповідало медичній доцільності, а з іншого боку – дозволяло підвищити якість управління медичною евакуацією, особливо повітряною і в той же час дозволяло наблизити практично всі види медичної допомоги до поранених і хворих.

Середні строки надання різних видів медичної допомоги становили:

першої медичної та долікарської допомоги, які надавалися в більшості випадків шляхом взаємодопомоги (91 %) – від 5 до 15 хв.;

першої лікарської допомоги – 15-20 хв. у тяжкопоранених і більше 2 год. у поранених середньої важкості, а в середньому – 50 хв.;

кваліфікованої хірургічної допомоги у 96 % поранених – не більше 2 год., у середньому – 2 год. 20 хв.

Строки надання спеціалізованої медичної допомоги, виконаної за невідкладними показниками, залежали від варіантів надходження поранених у лікувальні установи і становили: у поранених, евакуйованих безпосередньо із МПП або медр у ВГ 1 ешелону – 2 год.; у поранених, евакуйованих з МЗСП або омедб – 20 год. У порівнянні з 1994-1996 рр. строки скоротилися майже вдвічі [7].

Чималий ефект дало інтенсивне проведення санітарно-протиепідемічних заходів і заходів санітарно-епідеміологічного нагляду.

Раннє й активне виявлення інфекційних хворих, їхня ізоляція й своєчасна госпіталізація сприяли запобіганню спалахів інфекційних хвороб, а рівень інфекційної захворюваності не перевищив показники, що мали місце в 1994-1996 рр., склавши 25 % від загального числа захворілих або 15 % у структурі поранених і хворих. Вакцинація особового складу ОУВ проти вірусного гепатиту “А” привела до зниження захворюваності майже в 2 рази [3].

Неможливо було б досягти успіху без достатнього й своєчасного забезпечення частин і установ медичної служби медичним майном і технікою, киснем і консервованою кров'ю.

Надання медичної допомоги у встановленому обсязі й лікування зазначеної вище кількості поранених і хворих стало можливим завдяки безперебійному забезпеченню ОУВ, частин і установ медичної служби медичним майном з початку контр-терористичної операції. В ОУВ його було доставлено більше 600 т.

Позначилася вмiла організація, планування й надійне управління лікувально-евакуаційними і лікувально-діагностичними заходами, санітарно-епідеміологічним наглядом і санітарно-протиепідемічними (профілактичними) заходами, а також заходами щодо забезпечення медичним майном.

Керівництво медичною службою в період проведення контр-терористичної операції на Північному Кавказі було організовано і здійснювалося в загальній системі управління

військами і тилом. Для ефективного управління силами і засобами медичної служби ОУВ у підготовчий період була створена організаційна модель медичної служби ОУВ – оперативні групи (ОГ) медичної служби на трьох напрямках: ОГ медичної служби при штабі ОУВ (у Моздоці) – 13 осіб, ОГ медичної служби (у Махачкалі) – 2 особи, ОГ (у Владикавказі) – 2 особи. Для оперативного вирішення завдань медичного забезпечення в ОГ медичної служби при штабі ОУВ працювала оперативна група ГВМУ МО РФ у Моздоці.

На підставі вищевикладеного керівництво ГВМУ МО РФ сформулювало наступні висновки.

1. Медична служба ЗС РФ здатна забезпечити угруповання військ в умовах збройного конфлікту за рахунок боеготових сил і засобів мирного часу на рівні сучасних вимог.

2. В умовах збройного конфлікту найбільший обсяг роботи виконується медичною службою військового округу. Її головне завдання – завчасна підготовка територіальної інфраструктури до роботи в режимі госпітальної бази (стаціонарної).

3. Резерв Центра, сформований за рахунок центральних лікувальних установ, ВМедА та окружних військових госпіталів, являє собою функціональне об'єднання медичної служби – госпітальну базу (Центра) із завданнями прийому, медичного сортування, надання спеціалізованої медичної допомоги, лікування і реабілітації найбільш важкого контингенту поранених і хворих з тривалими строками лікування.

4. Підтверджено актуальність проблеми своєчасного надання пораненим першої допомоги на полі бою в ланці рота-батальйон. У складних умовах бойових дій медична служба забезпечила надання першої допомоги більшості пораненим у найкоротший термін. Проте через фінансові труднощі дотепер на озброєнні військ і медичної служби відсутня достатня кількість сучасних засобів індивідуального медичного оснащення, комплектів для надання доікарської медичної допомоги, полімерних ємностей для

проведення інфузійної терапії на полі бою та інших необхідних медичних виробів.

5. Серйозною проблемою продовжує залишатися відсутність у військах сучасних засобів розшуку, виносу поранених і спеціальної техніки для вивозу їх з поля бою (у тому числі під вогнем супротивника).

6. Ведення маневрених бойових дій малими групами на ізольованих напрямках гостро позначило проблему підвищення мобільності та автономності медичних підрозділів і частин. Рішення її можливо шляхом подальшого вдосконалювання організаційно-штатної структури і технічного озброєння медичної служби.

7. В умовах збройного конфлікту медична служба придбала досвід евакуації поранених і хворих авіаційним транспортом. Вертолітна евакуація поранених і хворих з передових етапів медичної евакуації сприяла скороченню строків надання медичної допомоги. Проте система авіасанітарної евакуації вимагає глибокого аналізу та організаційного оформлення. Існує потреба в технічній реконструкції і модернізації наявного парку авіасанітарних засобів. Є актуальними дослідження зі створення медичних літаків легкого і середнього класів.

8. Ефективність евакуації поранених і хворих багато в чому визначається надійністю функціонування загальної системи управління і зв'язку. Як показує досвід, самою слабкою ланкою в організації управління є засоби зв'язку. Зв'язок здійснювався в загальній системі, через авіанавідників, а також за рахунок додаткових засобів. Власних засобів зв'язку (і радіомережі) медична служба практично не мала. У МЗСП засоби зв'язку були відсутні, а наявні в медичних підрозділах і частинах – давно застаріли. У ланці рота-батальйон (санінструктор, санітарний автомобіль, МПБ) засоби зв'язку існуючими штатами взагалі не передбачені.

9. Велика питома вага легкопоранених і легкохворих диктує необхідність створення госпіталю для легкопоранених, для організації ефективної роботи якого в ОУВ доцільно посилення існуючого медичного закладу

спеціалізованою групою з лікування легкопоранених із ВМедА або інших лікувальних установ центрального підпорядкування.

10. Відсутність єдиного органу управління силами і засобами медичної служби різних міністерств і відомств та єдиної системи медичного забезпечення ОУВ приводить до нерационального використання можливостей медичної служби силових міністерств і відомств в інтересах всього ОУВ. Сьогодні це завдання вирішується в рамках заходів щодо оптимізації відомчих систем медичного забезпечення Збройних сил РФ, інших військ, військових формувань і органів.

11. Потрібна оптимізація організаційно-штатної структури і принципів використання ЕМЕ, призначених для надання кваліфікованої медичної допомоги (МЗСП, омедб), підвищення їхньої мобільності, автономності, технічної і медичної оснащеності, енергооснащеності, поліпшення обітаємості, життєзабезпечення і створення умов для дотримання вимог асептики.

12. Найважливішим елементом системи управління є своєчасне забезпечення обліковою, звітною й оперативною інформацією. З досвіду бойової роботи в Чеченській Республіці треба зробити невтішний висновок: документи обліку й звітності, що передбачені на воєнний час, практично не використовувалися. Вони склалися по формах, які оперативно визначалися командуванням округу й ГВМУ МО РФ. Аналіз показав, що існуючі форми документів містять багато інформації, не використовуються керівництвом медичної служби для прийняття управлінських рішень. Первинна медична картка – документ послідовності в наданні медичної допомоги – часто взагалі не заповнювалася, форми історій хвороби застаріли. У цей час ці завдання вирішуються.

13. Перед медичною службою було поставлене завдання впізнання тіл загиблих, котре вирішувалося спільними зусиллями патологоанатомів і судово-медичних експертів.

Складність цього завдання було обумовлено значною кількістю непізнаних тіл у районі конфлікту. Організаційні основи цієї роботи не були визначені нормативними документами, а сама система впізнання тіл загиблих створювалася, власне кажучи, заново.

14. В області санітарно-епідеміологічного нагляду досвід контр-терористичної операції не стільки виявив нові проблеми, скільки підкреслив важливість та значимість вирішення традиційних завдань протиепідемічного захисту військ у складних медико-географічних умовах. Особливу тривогу викликає організація забезпечення військ водою.

Напрямки й шляхи вдосконалення системи медичного забезпечення військ.

Досвід медичного забезпечення ОУВ у період проведення контр-терористичної операції на Північному Кавказі в 1999-2001 рр. показав, що універсальна модель системи етапного лікування поранених і хворих з їхньою евакуацією за призначенням у воєнний час (у великомасштабній або регіональній війнах), що орієнтована насамперед на доукомплектування й мобілізаційне розгортання сил і засобів, виявилася непридатною для умов збройного конфлікту.

Основними проблемами застосування цієї системи стали: недостатнє використання можливостей ресурсів цивільної охорони здоров'я в інтересах медичного забезпечення військ; непогодженість дій і невідповідність нормативно-правової бази спільного використання підрозділів, частин і установ медичної служби МО РФ та інших силових міністерств і відомств; неузгодженість відомчих програмно-статутних документів з питань підготовки медичної служби; відсутність єдиної системи управління медичним забезпеченням і централізованим плануванням цього забезпечення для виконання спільних завдань; автономність медичного забезпечення угруповань військ як у мирний час (кризові і надзвичайні ситуації), так і у воєнний час на оперативних напрямках з початком бойових дій; відсутність наступності системи медичного забезпечення під час переведення військ з

мирного на воєнний час; недостатність сил і засобів медичної служби з початком збройних конфліктів; не відповідає сучасним вимогам рівень мобільності й живучості підрозділів, частин і установ медичної служби; роз'єднаність медичної інфраструктури.

Ці й інші недоліки свідчать про необхідність подальшого вдосконалення як системи медичного забезпечення в цілому, так і організаційної структури медичної служби. Основні зусилля медичної служби повинні бути спрямовані на вирішення таких проблем:

удосконалення індивідуальних засобів медичного захисту й надання першої медичної допомоги;

створення технічних засобів виявлення поранених на полі бою, заснованих на нових фізичних принципах;

удосконалення способів витягу поранених з бойових машин, танків і інших важкодоступних місць, забезпечення ефективного вивозу поранених з поля бою (у т.ч. під вогнем противника);

розробка й оснащення медичних підрозділів військової ланки броньованими медичними машинами на шасі відповідної бойової техніки військ (БМП-1, БМД-3, МТ-ЛБ В, БТР-80 тощо);

розробка й оснащення медичної служби рухомими медичними модулями й комплексами різного призначення, спеціалізація їх по завданнях стосовно до кожного етапу медичної евакуації й ланки медичної служби (рухомого комплексу лікарської допомоги, дезінфекційно-душового комплексу, функціональних модулів у кузовах-контейнерах постійного й змінного об'ємів і інших виробів військово-медичного призначення);

удосконалення засобів санітарно-епідеміологічного забезпечення військ у польових умовах, спрямоване на поліпшення контролю якості, очищення й знезаражування води, експрес-контролю якості дезінфекції, дослідження й обґрунтування доцільності створення єдиної структури, відповідальної за вирішення всіх питань водопостачання військ як у мирний, так і у воєнний час;

розробка сучасної медичної апаратури для оснащення передових етапів медичної евакуації, а також госпітальної бази;

досвід проведення судово-медичної експертизи й заходів щодо впізнання тіл загиблих військовослужбовців дозволив виявити ряд “вузьких” місць в організації судово-медичної й патологоанатомічної роботи, визначити заходи для її вдосконалення. Йдеться про доцільність організаційно-штатних змін, удосконалення системи підготовки кадрів (у т.ч. цивільних експертів), впровадження в практику судово-медичної експертизи сучасних методів ідентифікації, технічної модернізації пересувної судово-медичної й патологоанатомічної лабораторії (“СУМПАЛ-1”), рішення інших організаційних і наукових питань;

створення й впровадження системи ідентифікації особистості військовослужбовців з використанням сучасних технологій (електронний чіп, що містить інформацію про особистість, у т.ч. про структуру ДНК, виготовлення особистих знаків з тугоплавких матеріалів) [5, 6];

удосконалення системи управління медичним забезпеченням на основі удосконалення організаційної структури та запровадження сучасних інформативних та телекомунікативних систем [1].

Ведення бойових дій (операцій) передбачає створення зведених угруповань військ, об’єднаних загальним командуванням на окремих оперативних напрямках. З цією метою в інтересах ефективного проведення лікувально-евакуаційних заходів необхідне об’єднання зусиль медичної служби МО РФ і збройних формувань інших силових міністерств і відомств (МВС і ФСБ РФ тощо), а також використання можливостей Мінздраву й МНС РФ.

Виконання всього комплексу заходів щодо медичного забезпечення ОУВ у збройних конфліктах об’єднаними угрупованнями медичної служби мирного часу вимагає створення певної кількості відповідних медичних частин і підрозділів, що перебувають

у постійній готовності й здатних оперативно виконати поставлені завдання.

У цей час назріла нагальна потреба у формуванні таких мобільних частин постійної готовності, як окремий медичний загін підсилення із групами спеціалізованої медичної допомоги й медичного підсилення, окрема автосанітарна рота, окрема транспортна санітарна вертолітна ескадрилья.

Формування такого комплексу мобільних сил і засобів медичної служби й утримання їх у постійній готовності до застосування, наявність у структурі медичної служби стаціонарних лікувальних установ постійної готовності, що працюють у територіальній системі медичного забезпечення, дозволить, якщо буде потреба, сформувати нову організаційну структуру медичної служби – госпітальну базу (стаціонарну) на кожному стратегічному напрямку.

Подальше вдосконалення організаційних форм лікувально-евакуаційного забезпечення військ у районах військових конфліктів полягає у створенні й формуванні госпітальної бази (стаціонарної), що забезпечить, у першу чергу, своєчасне й ефективне надання пораненим і хворим кваліфікованої й основних видів спеціалізованої медичної допомоги.

Основна мета формування госпітальної бази (стаціонарної) полягає в тому, щоб вчасно надати пораненим і хворим спеціалізовану медичну допомогу, що сприятиме досягненню найкращих результатів лікування, зниженню летальності й інвалідності, а також збільшенню відсотку повернення військовослужбовців у стрій.

Аналіз медичного забезпечення військ у військових конфліктах і розроблені на його основі методики визначення потреби в силах і засобах медичної служби для формування госпітальної бази (стаціонарної), а також проведені розрахунки дозволили дати визначення й наукове обґрунтування її структури й уточнити обсяг покладених на неї завдань.

Структура госпітальної бази (стаціонарної) може складатися із трьох складових частин –

органу управління, стаціонарної та мобільної частин.

Для виконання завдань за призначенням в структурі її стаціонарної частини необхідне розгортання трьох типів госпіталів: інфекційних, багатопрофільних і госпіталів для легкопоранених. Кількість таких установ може бути різною на кожному стратегічному напрямку, але вона повинна забезпечити надання кваліфікованої й основних видів спеціалізованої медичної допомоги всім пораненим і хворим, а також їхнє лікування зі строками видужання до 30 суток.

Відповідно до проведених у ВМедА розрахунків для надання медичної допомоги й лікування поранених і хворих ліжкова ємність госпітальної бази (стаціонарної) повинна становити не менше 50 % від прогнозованої середньо місячної величини санітарних втрат. Для цього достатньо розгортання 7-9 військових госпіталів трьох видів, у тому числі 3-4 багатопрофільних, 1-2 – інфекційних і 2-3 – для лікування легкопоранених.

З метою подальшого вдосконалення сформованої системи лікувально-евакуаційних заходів в ОУВ необхідна розробка відповідних документів (переробка мобілізаційних завдань) для лікувальних установ, дислокованих у прикордонній смузі, а також адаптація

інфраструктури медичної служби на відповідних напрямках для формування й підготовки госпітальної бази (стаціонарної).

Таким чином, успішне вирішення питань щодо організації медичного забезпечення ОУВ можливо тільки за умови формування й утримання в постійній готовності комплексу сил і засобів, призначених як для участі в ліквідації медичних наслідків екстремальних ситуацій мирного часу, так і для розгортання медичних частин і установ в умовах бойових дій локального масштабу.

Беручи до уваги, що керівництво медичної служби Збройних Сил України на даний час активно працює над відповідними розділами Стратегічного оборонного бюлетеня України, Державної програми реформування Збройних Сил України на 2011-2015 роки та над Програмою розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на 2011-2015 роки, вивчення напрямів розбудови та розвитку системи медичного забезпечення збройних сил Російської Федерації на підставі досвіду медичного забезпечення бойових дій об'єднаного угруповання військ (ОУВ) в період збройного конфлікту 1994-1996 рр. та при проведенні контр-терористичної операції на Північному Кавказі в 1999-2001 рр. буде корисним та доцільним.

Література

1. Агапитов А.А., Сивашенко П.П., Резванцев М.В. Перспективы использования телекоммуникационных технологий в военной медицине // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее. Материалы конференции. – Санкт-Петербург, ВМА им. С.М. Кирова, 2010. – С.57.
2. Бондарев Э.В. О совершенствовании современной системы эвакуации раненых авиационным транспортом // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее. Материалы конференции. – Санкт-Петербург, ВМА им. С.М. Кирова, 2010. – С.127-128.

3. Огарков П.И., Смирнов А.В., Токмаков В.С. Оценка эффективности вакцинопрофилактики гепатита А среди военнослужащих Министерства обороны Российской Федерации // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее. Материалы конференции. – Санкт-Петербург, ВМА им. С.М. Кирова, 2010. – С.357-358.
4. Очерки истории отечественной военной медицины: Книга X. 200 лет на службе здоровья воинов Русской армии / Под ред. И.Ю. Быкова. – Санкт-Петербург, 2007. – 271с.

5. Резванцев М.В., Разработка структурно-функционального состава медицинского регистра военнослужащих, получивших боевые поражения // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее. Материалы конференции. – Санкт-Петербург, ВМА им. С.М. Кирова, 2010. – С.89.

6. Резванцев М.В., Агапитов А.А. Перспективные индивидуальные носители медицинской информации военнослужащего / / Наследие Пирогова: прошлое, настоящее,

будущее. Материалы конференции. – Санкт-Петербург, ВМА им. С.М. Кирова, 2010. – С.89.

7. Эртуханов М.-Ш.С., Ревской А. К. Опыт организации оказания неотложной хирургической помощи мирному населению города, пострадавшему от огнестрельного оружия во время проведения контртеррористической операции // Наследие Пирогова: прошлое, настоящее, будущее. Материалы конференции. – Санкт-Петербург, ВМА им. С.М. Кирова, 2010. – С.107-108.