

УДК 614.2:614.88:355

КОЧИН І.В.¹, ХАНДОГА Е.В.²¹ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», кафедра цивільного захисту та медицини катастроф²Василівський міжрайонний ВП ДУ «Запорізький ОЛЦ ДСЕСУ»

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ ВОЄННОГО ХАРАКТЕРУ

Резюме. У статті розглянуто проблеми надання медико-санітарної допомоги населенню в умовах воєнних конфліктів. Виділено найважливіші фактори, що визначають особливості медичного забезпечення населення при надзвичайних ситуаціях воєнного характеру. Визначено роль спеціальних медичних формувань, що беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків в умовах збройних конфліктів. Підкреслюється важливість дотримання міжнародних угод щодо прав і обов'язків медичних працівників, яких залучають до надання медико-санітарної допомоги населенню в надзвичайних ситуаціях воєнного характеру.

Ключові слова: медична допомога, служба медицини катастроф, надзвичайна ситуація, збройний конфлікт.

Вступ

Нестабільність внутрішньополітичної обстановки в деяких країнах, загострені протиріччя територіального та національно-етнічного характеру, а також соціально-політична диференціація в ряді держав, збільшення їх енергетичної та сировинної залежності, поглиблення економічних суперечностей призводять до конфліктної ситуації в окремих регіонах. Тому цілком закономірне прагнення як вітчизняних, так і зарубіжних військових і фахівців із воєнної медицини глибше вникнути в сутність сучасних воєнних конфліктів різної інтенсивності, форм і засобів ведення воєнних дій та організації й надання медико-санітарної допомоги (МСД).

Аналізуючи воєнні конфлікти, що відбулися за останні 40–50 років, можна констатувати, що вони відрізнялися один від одного масштабами, кількістю й якістю застосовуваних засобів збройної боротьби, формами, способами та розмахом воєнних дій. Для виявлення характерних особливостей ведення воєнних дій у сучасних конфліктах необхідно визначити їх сутність і зміст, оскільки колишні визначення, що спираються на класову сутність війн, явно застаріли. На наш погляд, воєнним конфліктом між двома, декількома державами або їх коаліціями можна вважати такий стан військово-політичних взаємин між ними, коли сторони у перебігу конфронтації, вичерпавши всі можливості вирішення конфлікту мирними засобами, перейшли до застосування військової сили [1].

Найбільш характерними за масштабами ведення воєнних дій можуть стати збройні конфлікти, що відбуваються у формі локальних чи регіональних війн. Перші, по суті, є збройною боротьбою між двома або кількома державами в обмеженому за площею географічному районі. Воєнні дії, найімовірніше, вестимуться боездатними військами, а також іррегулярними формуваннями, які здатні застосовувати методи, характерні для громадянських війн, партизанської боротьби тощо. Вони можуть проводитися у формі загальновійськових операцій армійського та корпусного масштабу, бойових дій об'єднань і з'єднань видів збройних сил і родів військ. У регіональній війні збройна боротьба ведеться між кількома великими державами того чи іншого регіону або їх коаліціями. При цьому поряд із використанням наявних військових сил і засобів може знадобитися мобілізація населення в масштабі країни і переведення економіки на випуск військової продукції. Воєнні дії набувають форми загальновійськових, спільних і самостійних операцій об'єднань видів збройних сил, родів військ і спеціальних військ [1]. Типом воєнних конфліктів, що становлять загрозу безпеці України, є прикордонні міждержавні та внутрішні збройні конфлікти і локальні війни зі створенням надзвичайних ситуацій

© Кочин І.В., Хандога Е.В., 2015

© «Медицина невідкладних станів», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

(НС) воєнного характеру. НС воєнного характеру — це особлива група НС, що виникли на певній території внаслідок збройної діяльності військ та впливу сучасних засобів ураження на військових із їх інфраструктурою, на населення та об'єкти економіки, що призвело до появи медико-санітарних втрат, руйнування систем життєзабезпечення, заподіяння збитку здоров'ю людей та навколишньому середовищу, спричинило значні матеріальні втрати і порушення повсякденних умов життєдіяльності населення.

Мета роботи — дослідити й узагальнити світовий досвід організації та надання медико-санітарної та, особливо, екстреної медичної допомоги населенню в умовах НС воєнного характеру та використати його для удосконалення організації надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) населенню України при збройному конфлікті.

Матеріали та методи

Досліджена фахова вітчизняна й іноземна спеціальна наукова література, нормативно-правова база щодо організації та умов надання медичної й ЕМД населенню в умовах НС воєнного характеру.

Результати та їх обговорення

Удосконалення озброєнь, широке використання мінно-вибухових засобів у локальних війнах і збройних конфліктах викликають появу масових медико-санітарних втрат серед населення, що характеризуються високим рівнем поранень, загибелі та тяжкості наслідків.

Так, за опублікованими даними, в результаті авіаційних бомбардувань Югославії тільки в перші 2 місяці війни загинули близько 1200 осіб і кілька тисяч було поранено, причому співвідношення втрат серед військовослужбовців і цивільного населення становило 1 : 15. Для порівняння зауважимо, що під час війни США у В'єтнамі на одного вбитого військовослужбовця доводилося 10 загиблих мирних жителів, у роки Першої світової війни втрати серед населення становили 5 % усіх безповоротних втрат, під час Другої світової війни — 48 %, під час війни в Кореї — 84 %. Тому організація медичного забезпечення й інтенсивність надання ЕМД населенню в умовах сучасної війни буде значною мірою залежати від характеру, масштабу воєнних дій і виду застосованих противником засобів ураження [2].

Найважливіші фактори, що визначають особливості медичного забезпечення населення при НС воєнного характеру, такі:

а) можливість виникнення в стислий проміжок часу масових медико-санітарних втрат, у структурі яких будуть переважати тяжкі та комбіновані форми ураження;

б) небезпека застосування ймовірним противником нових видів зброї, характер впливу яких на людину і методи надання ЕМД при їх застосуванні можуть виявитися невідомими для медичного персоналу;

в) невідповідність між потребою в ЕМД населення в осередку ураження та можливостями місцевих закладів охорони здоров'я щодо її надання;

г) небезпека забруднення території радіоактивними й отруйними речовинами та зараження бактеріальними патогенами при застосуванні противником зброї масового ураження або внаслідок навмисного руйнування ним потенційно небезпечних об'єктів (ПНО), нанесення по них прицільних артилерійських і ракетно-бомбових ударів, скоєння диверсійних і терористичних актів;

г) нестійкий санітарно-епідемічний стан в осередках ураження, на шляхах евакуації та в районах розміщення евакуйованого населення та біженців.

Слід зазначити, що зростання вражаючої сили сучасної зброї якісно змінило характер воєнних цілей: крім живої сили противника, техніки, озброєнь, укріплень, скупчень цивільного населення, об'єктом збройного нападу стали ПНО економіки та саме природне середовище. Прицільне руйнування атомних електростанцій, заводів, біотехнологічних об'єктів, сховищ палива, нафтопереробних заводів, нафтових свердловин і танкерів — одне з найважливіших завдань імовірного супротивника при веденні бойових дій. Ці завдання можуть вирішуватися або шляхом нанесення ракетно-бомбових ударів високоточною зброєю, або шляхом диверсійно-терористичних актів на ПНО. Масштаби ураження при цьому можуть бути порівнянні із застосуванням ядерної зброї. Метою таких дій є не тільки ураження людей, а й знищення середовища життєдіяльності населення. Як правило, екологічні наслідки таких методів ведення війни мають довготривалий характер, про що свідчить досвід воєнних дій у 1990–1991 рр. на Близькому Сході в районі Перської затоки. Крім завданих військовим конфліктом руйнувань, мала місце екологічна катастрофа, спричинена спалюванням 732 кувейтських нафтових свердловин іракськими військовими силами. Диверсія була здійснена з метою затемнити небо й ускладнити дії військово-повітряних сил коаліції, нашкодити світовій економіці вилівом на поверхню ґрунту 20 млн тонн нафти. У південно-східній частині Кувейту димова завіса піднялася до 600 метрів над поверхнею землі. Видимість була знижена з 25 до 4 кілометрів у регіоні, і температура впала до -10°C . Залишки диму від масштабних пожеж виявили навіть у сніговому покриві Гімалаїв. Останню нафтову свердловину було погашено 6 листопада 1991 року. Через розлив нафти, викликаний відкриттям терміналу Міна-аль-Ахмаді в Іраку 20 січня 1991 року, 800 тис. тонн чистої нафти потрапило в Перську затоку, забруднивши кувейтські, саудівські й іранські береги [3]. До тяжких екологічних наслідків призвели також прицільні ракетно-бомбові удари по об'єктах хімічної та нафтопереробної промисловості під час бомбардувань Югославії в 1999 році [4]. Значну небезпеку для мирного населення Чеченської Республіки і навколишнього середовища являли собою підриви сховищ із хло-

ром і аміаком під час боїв у центрі міста Грозного в грудні 1999 року.

Застосування зброї, заснованої на нових фізичних принципах, здатне ініціювати руйнівні землетруси, катастрофічні повені, появу хвиль цунамі на океанському узбережжі, навіть змінювати кліматичні умови цілих регіонів на земній поверхні. Результати застосування такого виду зброї аналогічні наслідкам великомасштабних НС природного характеру і можуть призвести до загибелі або ураження десятків і сотень тисяч мирних людей.

Важливу роль у медичному забезпеченні населення при НС мирного і воєнного часу покликани відіграти медичні підрозділи і частини військ цивільного захисту (ЦЗ). Створюване відповідно до положень військової доктрини угруповання медичних сил ЦЗ має бути готове здійснювати медичне забезпечення рятувальних операцій в осередках ураження в будь-яких умовах обстановки, при різних варіантах воєнних дій і застосування ймовірним супротивником усіляких видів сучасної зброї. Це можливо лише за наявності чітко розроблених організаційних основ побудови сучасної системи медичного забезпечення населення в НС мирного і воєнного часу [5].

В умовах війни з застосуванням сучасних засобів збройної боротьби, включаючи зброю масового ураження, внаслідок знищення закладів охорони здоров'я, запасів медичного майна та втрат серед медичного персоналу, як правило, буде відсутня можливість надання постраждалим МСД і, особливо, ЕМД у повному обсязі в зоні бойових дій [6]. З цієї причини з метою надання повноцінної ЕМД ураженому населенню та здійснення шпитального лікування планується його евакуація в лікувально-профілактичні установи лікарняної бази, розгорнутої поза зоною бойових дій. Для вирішення цього завдання розроблено систему лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) ураженого населення.

У даний час діє ухвалена система дошпитального та шпитального ЛЕЗ уражених з евакуацією за призначенням. У першому періоді (дошпитальному) ЕМД надають медичні підрозділи частин військ ЦЗ, а також лікувально-профілактичні установи, що збереглися в зоні виникнення бойових дій. У другому періоді кваліфіковану, спеціалізовану та високоспеціалізовану ЕМД надають шпитали лікарняної бази [7]. Разом із тим фахівці військово-медичної служби, які мають великий особистий досвід участі в локальних війнах останніх десятиліть, відзначають, що система ЛЕЗ, види і обсяги медичної допомоги на етапах медичної евакуації не розроблені для їх застосування в умовах локальних війн. У світлі цього здібності керівників відповідних ланок служби медицини катастроф обрати найбільш оптимальний для уражених, соціально, медично та економічно ефективний для служби варіант організації та надання ЛЕЗ потрібно вважати основним показником їх професійної кваліфікації.

Останніми роками загально визнаною стає необхідність скорочення часу надання кваліфі-

кованої та спеціалізованої ЕМД постраждалим, оскільки в структурі медико-санітарних втрат від сучасної бойової травми значну питому вагу становлять тяжкі поєднані та множинні поранення. За досвідом медичного забезпечення військ під час першої військової кампанії в Чечні, частка поранених із поєднаними та множинними пораненнями становила понад 30 % від кількості медико-санітарних втрат пораненими, близько 10 % становили тяжкі й украй тяжкі поранення [8]. В умовах локальних війн і збройних конфліктів наближення ЕМД до постраждалих залежно від конкретної ситуації забезпечувалось як за рахунок їх ранньої евакуації повітряним транспортом безпосередньо з району втрат, так і шляхом розгортання польових медичних формувань поблизу зони бойових дій із подальшою евакуацією поранених і вхорих повітряним шляхом до тилових шпиталів.

Актуальним є також питання про склад угруповання сил і засобів, призначених для медичного забезпечення ураженого населення в сучасних війнах. Маючи на увазі той факт, що при локальних війнах і збройних конфліктах, як правило, воєнне положення не оголошують і загальну мобілізацію не проводять, то в цих умовах найбільш доцільний варіант створення угруповання медичних сил і засобів — включення до їх складу добре оснащених і підготовлених формувань і установ СМК, Міноборони, інших міністерств і відомств. У цьому випадку для надання ЕМД ураженому населенню можуть бути залучені бригади долікарської допомоги, лікарсько-сестринські бригади, бригади спеціалізованої медичної допомоги, польовий багатопрофільний шпиталь (ПБШ), медичні загони спеціального призначення Міноборони, санітарно-епідеміологічні загони та інші формування СМК. Наявність у медичного персоналу СМК статусу рятувальника має забезпечувати медичним працівникам соціальні та юридичні гарантії у випадку тимчасової або стійкої втрати працездатності при виконанні службових обов'язків в зоні воєнних дій. При цьому найважливішою умовою їх ефективної професійної роботи має бути організація міжвідомчої взаємодії задіяних медичних сил і засобів з організації медичного забезпечення ураженого населення.

До складу угруповання медичних сил, що беруть участь у ліквідації медико-санітарних наслідків НС воєнного характеру, необхідно залучати на добровільній (контрактній) основі медичний персонал приватних установ. Досвід організації медичного забезпечення постраждалого населення в збройних конфліктах і локальних війнах ХХ і ХХІ століття свідчить про те, що зазвичай при цих видах воєнних дій одночасного виникнення осередків масових медико-санітарних втрат серед населення не відбувається, а надходження постраждалих для надання ЕМД та медичної евакуації розтягується на весь період війни.

З цих причин у таких умовах, як правило, не виникає необхідності розгортання додаткових ме-

дичних формувань ЦЗ і використання загонів першої медичної допомоги, призначених для роботи в осередках масових медико-санітарних втрат, що характерні для масштабних і регіональних війн із застосуванням сучасних засобів ураження, включаючи ядерну зброю. Громіздка структура цих загонів, відсутність наметового фонду та необхідність мобілізації ресурсів, складність залучення для роботи в складі загонів санітарних дружин, приписуваних від інших міністерств і відомств, роблять їх малоприсадибними для використання в умовах збройних конфліктів, при яких переведення системи ЦЗ на військовий стан не проводиться. Разом із тим при роботі в цих умовах продемонстрували свою ефективність мобільні медичні формування СМК — ПБШ Всеросійський центр медицини катастроф (ВЦМК) «Захист» [9] та медичні загоны спеціального призначення Міноборони Росії [10, 11].

Аналіз роботи ПБШ ВЦМК «Захист» із медичного забезпечення ураженого населення під час воєнних дій у Чечні показав, що при повному розгортанні в районі збройного конфлікту шпиталь здатний за добу прийняти, провести медичне сортування та надати екстрену кваліфіковану (з елементами спеціалізованої) медичну допомогу 250 ураженим і здійснити тимчасову (на одну добу) шпиталізацію 100–150 нетранспортабельних уражених. Перебуваючи в зоні воєнних дій, шпиталь забезпечує роботу в автономному режимі до 15 діб без поповнення запасів медикаментів і заміни медперсоналу, що підтверджує висновки про те, що формування СМК України подібного типу можуть ефективно працювати в зонах локальних збройних конфліктів.

Під час війн і збройних конфліктів поряд із втратами серед цивільного населення в осередках ураження неминуче з'являється і проблема життєзабезпечення населення, постраждалого при веденні бойових дій або внаслідок цих дій. До постраждалих зараховують уражених та тих, які зазнали матеріальних збитків або моральної шкоди. Медичне та санітарно-епідеміологічне забезпечення — важлива складова частина першочергових видів життєзабезпечення постраждалого населення в зонах НС воєнного характеру поряд із задоволенням мінімально необхідних потреб у воді, продуктах харчування, житлі, предметах першої необхідності, інформаційному, транспортному та комунально-побутовому обслуговуванні.

Медичне та санітарно-епідеміологічне забезпечення постраждалого населення в зоні НС воєнного характеру має включати такі заходи:

- а) надання медичної допомоги;
- б) евакуацію уражених до шпиталів;
- в) забезпечення населення найбільш необхідними медикаментами та медичним майном;
- г) виконання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Протягом усієї історії війн населення залишало місця ведення бойових дій, тому що руйнувалися

житлові будинки, відбувалося значне порушення систем життєзабезпечення. Під час Другої світової війни в Європі залишилися без житла 60 млн осіб. Населення масово залишало міста, що піддалися нальотам бомбардувальної авіації противника. З міст Англії були евакуйовані 1,3 млн осіб, із міст Німеччини — кілька мільйонів осіб. Досвід локальних війн і збройних конфліктів другої половини ХХ ст. довів, що життєзабезпечення біженців і вимушених переселенців також являє собою серйозну проблему. Кількість цих людей, змушених через воєнні дії полишити своє житло, може становити десятки і сотні тисяч осіб.

Під час бомбардувань Югославії в 1999 р. десятки тисяч біженців перемістилися з провінції Косово в суміжні країни Європи, де тривалий час розміщувалися в наметових містечках [4]. Під час другої Чеченської військової кампанії в січні 2000 р., за офіційними даними, чисельність вимушених переселенців становила понад 250 тис. осіб, 35 тис. із них були розміщені в 11 наметових таборах.

Серед біженців переважають жінки, діти і люди похилого віку, обтяжені хронічними захворюваннями. Багато хто з них не мають ані теплого одягу, ані запасів продовольства і води, ані грошей, щоб все це придбати. Серед них виникають спалахи інфекційних та паразитарних захворювань, також імовірні випадки смерті хворих літніх людей через відсутність своєчасної можливості отримання медичної допомоги.

У світлі цього важлива складова життєзабезпечення населення, постраждалого від воєнних дій або внаслідок цих дій, — організація медичного забезпечення в таборах біженців. Розгорнуті, як правило, в наметових містечках, залізничних вагонах та іншому тимчасовому житлі, ці табори не можуть забезпечити, особливо в сезон дощів і в холодну пору року, прийнятні санітарно-гігієнічні умови для тривалого проживання в них малолітніх дітей, жінок і людей похилого віку. Скупченість мешкання, постійне переохолодження, відсутність можливості помитися, змінити білизну, труднощі з організацією гарячого харчування та забезпечення доброякісною водою часто призводять до виникнення простудних захворювань і спалахів інфекційних та паразитарних хвороб серед біженців.

Часто люди, які знаходяться в таборах біженців, потребують надання ЕМД з приводу поранень і ушкоджень, отриманих у результаті перебування в зоні бойових дій, а також при виникненні у них різних захворювань і побутових травм. У тому числі може знадобитися надання спеціалізованої медичної допомоги та лікування в умовах шпиталю, ізоляція та лікування хворих інфекційного та психіатричного профілю. Важливу проблему становить необхідність надання психологічної та психотерапевтичної допомоги біженцям, багато з яких можуть перебувати в стані важкого психологічного стресу, викликаного страхом за своє життя, пережитим насильством, загибеллю рідних і близьких людей, втратою всього нажитого майна.

Польові умови розміщення та організації побуту людей у таборах біженців вимагають суворих заходів санітарно-гігієнічного та протиепідемічного контролю об'єктів водопостачання, харчування, своєчасного облаштування вигрібних ям і туалетів, проведення дезінфекції, дезінсекції та дератизації всієї території табору. Фахівці санітарно-епідеміологічної служби беруть участь у виборі населених пунктів і територій для розгортання таборів біженців і здійснюють санітарний нагляд у місцях їх тимчасового розміщення. Прибуваючи до місця розміщення, біженці підлягають обов'язковому медичному огляду з метою надання їм необхідної медичної допомоги й виявлення паразитарних та інфекційних хвороб. При виникненні епідемічних показань здійснюють санітарну обробку прибулих і дезінфекцію їхніх особистих речей. Для ізоляції і лікування паразитарних та інфекційних хворих розгортають тимчасові інфекційні стаціонари-ізолятори.

Залежно від масштабів збройного конфлікту і чисельності біженців, а також особливостей оперативної та медичної обстановки в зоні воєнних дій, наявності та стану місцевих органів та установ охорони здоров'я, з метою медичного забезпечення постраждалого населення в таборах біженців можуть розгортатися медичні пункти, пересувні амбулаторії та секвестрований склад відділень ПБШ.

Для цих цілей можуть бути залучені медичні та санітарно-протиепідемічні формування й установи ЦЗ і СМК, а також медичні підрозділи Державної служби України з надзвичайних ситуацій, бригади і загони українського і міжнародного Червоного Хреста, інших гуманітарних і громадських організацій. Перевагу слід надавати професійним медичним формуванням, оснащеним сучасним устаткуванням модульного типу, які мають можливість тривалої роботи в автономних умовах.

Заслугує на пильну увагу досвід організації медичного забезпечення вимушених переселенців під час збройних конфліктів у Чеченській Республіці, де в силу особливостей обстановки знадобилося застосовувати нестандартні рішення. Під час першої (1994–1996) Чеченської військової кампанії процес міграції населення з району бойових дій почався стихійно. Руйнування всієї системи життєзабезпечення населення в районах бойових дій, антисанітарні умови проживання, наявність на території регіону активних природних осередків чуми, сибірки, туляремії створили там напружену епідемічну ситуацію і посилили міграцію населення за межі зони бойових дій, де вони були розміщені в тимчасових наметових містечках. Значний обсяг роботи з надання вимушеним переселенцям екстреної МСД на території Чечні здійснили формування та установи СМК Росії. За час збройних конфліктів 1994–1996 рр. та 1999–2000 рр. медична служба довела повну концептуальну та практичну готовність до надання ЕМД пораненим та хворим [12].

Досвід організації МСД населенню в локальних збройних конфліктах свідчить про те, що при неідеальності місцевих органів охорони здоров'я організацію та проведення заходів щодо медичного забезпечення постраждалого населення доцільно покласти на органи оперативного управління, сили і засоби СМК. У цих умовах значно зростає роль організації взаємодії медичних служб з органами управління та спеціальними підрозділами Державної служби України з надзвичайних ситуацій, призначеними для вирішення завдань з організації пошуку, порятунку та першочергового життєзабезпечення постраждалого населення.

Медичний персонал, що надає свої послуги під час збройного конфлікту, зобов'язаний, як і в мирний час, дотримуватися принципів медичної етики. Він повинен виконувати основні правила «Женевської клятви», прийнятої в 1948 р. Всесвітньою медичною асоціацією. Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародний комітет військової медицини і фармації в 1957 р. схвалили «Правила медичної етики для воєнного часу» і «Правила надання допомоги пораненим і хворим у збройних конфліктах», де підтверджений принцип єдності медичної етики в мирний і воєнний час [13].

Необхідно зазначити, що, виконуючи свої обов'язки в зоні збройного конфлікту, медичний персонал користується захистом міжнародного гуманітарного права, Женевських конвенцій та Додаткових протоколів. Женевські конвенції та Протоколи надають особливі права медичному персоналу, направленому у зону збройного конфлікту, для того щоб забезпечити виконання найважливішого завдання — надання медичної допомоги пораненим і хворим [13, 14]. Досвід організації МСД населенню в локальних збройних конфліктах свідчить про те, що вона здійснюється з урахуванням обстановки бойових дій і створення необхідних угруповань медичних сил і засобів. Для цих цілей можуть бути притягнуті медичні установи та формування СМК, ЦЗ, інших міністерств і відомств, а також різних міжнародних і гуманітарних організацій. У своїй роботі вони повинні дотримуватися вимог медичної етики, міжнародного гуманітарного права і високого професіоналізму з надання медичної допомоги постраждалим.

Висновки

1. Застосування сучасної зброї в локальних війнах та збройних конфліктах спричиняє масові медико-санітарні втрати серед населення.
2. Сучасні локальні війни та збройні конфлікти створюють специфічні умови для медико-санітарного забезпечення населення та особливості надання ЕМД.
3. Для підтримання високого рівня фахової підготовки медичних працівників і надання ЕМД населенню в умовах бойових дій необхідно створити кафедри та цикли підготовки студентів, медичних сестер, фельдшерів та лікарів із військової медици-

ни у вищих медичних навчальних закладах переддипломної та післядипломної освіти.

4. Необхідно визнати та закріпити в українському законодавстві особливий статус медичних працівників, які беруть участь у бойових діях.

5. Населення зони бойових дій та локальних воєнних конфліктів має особливі потреби у життєзабезпеченні та медичній допомозі. За наявності великої кількості біженців унаслідок бойових дій з метою наближення та забезпечення медичною допомогою на території таборів біженців треба створювати медичні пункти, пересувні амбулаторії та секвестрований склад відділень ПБШ.

6. Суттєвим недоліком системи керівництва центрального органу охорони здоров'я України і служби медицини катастроф є відсутність розроблених теоретико-методологічних та медичних вказівок, конкретних правил та алгоритмів професійно досконалої діяльності медичних бригад в умовах локальних війн і збройних конфліктів.

7. Медичний персонал в зоні збройного конфлікту перебуває під захистом міжнародного гуманітарного права, Женевських конвенцій та Протоколів, повинен дотримуватися принципів медичної етики при наданні ЕМД.

Список літератури

1. *Военное искусство в локальных войнах и вооруженных конфликтах. Вторая половина XX — начало XXI века* / [Усиков А. В., Бурутин Г. А., Гаврилов В. А., Ташильков С. Л.]. — М.: Воениздат, 2008. — 765 с.
2. Рунов В. А. *Характерные черты современной операции (По опыту локальных войн конца XX — начала XXI вв.)* / В. А. Рунов, С. М. Родионов // *Армейский сборник*. — 2013. — № 12. — С. 59-60.
3. Гареев М. А. *Уроки и выводы из войны в Ираке* / М. А. Гареев // *Военная мысль*. — 2003. — № 8. — С. 68-77.

4. Александров И. *НАТО против Югославии: хроника необъявленной войны* / И. Александров // *Зарубежное военное обозрение*. — 1999. — № 6. — С. 7-11.

5. *Указ Президента Украины «Про воєнну доктрину України» від 15.06.2004 р. № 648/2004, поточна редакція від 22.06.2012 року.* — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/648/2004>

6. *Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 05.07.2012 р. № 5081-VI ст. 16 п. 8б.* / *Відомості Верховної Ради*. — 2013. — № 30. — С. 340.

7. Кочин І. В. *Медицина катастроф: Виробниче видання* / І. В. Кочин, Г. О. Черняков, П. І. Сидоренко / за ред. проф. І. В. Кочина. — К.: Здоров'я, 2008. — 724с.

8. Лобанов А. И., Авитисов П. В. *Система медицинского обеспечения населения в современной войне: проблемы, пути совершенствования* / А. И. Лобанов, П. В. Авитисов // *Гражданская защита*. — 2002. — № 5. — С. 31-33.

9. *Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита».* — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.vcmk.ru/structure/hospital/>

10. *История МОСН ГВКГ МВД России.* — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.samoupravlenie.ru/22-15.html>

11. *Медицинский отряд специального назначения ЗВО убыл с военного аэродрома «Чкаловский» в район чрезвычайной ситуации на Дальнем Востоке.* — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://function.mil.ru/news_page/country/more.htm?id=11820432@egNews

12. *Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: рук-во для врачей* / Под ред. Е. К. Гуманенко, И. М. Самохина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 672 с.

13. *Додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12.08.1949 р., що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів. Протокол, Міжнародний документ. Правила від 30.11.1993 р.* — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_911

14. *Дополнительный Протокол I к Женевским конвенциям от 12.08.1949 г., касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов от 8.06.1977 г. — Ч. IV.* — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www1.umn.edu/humanrts/russian/instreet/Ry5page.html>

Отримано 01.04.15 ■

Kochin I.V.¹, Khandoha E.V.²

¹ГУ «Запорожская медицинская академия последилового образования МЗ Украины», кафедра гражданской защиты и медицины катастроф

²Васильевский межрайонный ОП ГУ «Запорожский ОЛЦ ГСЭСУ»

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ ВОЕННОГО ХАРАКТЕРА

Резюме. В статье рассмотрены проблемы оказания медико-санитарной помощи населению в условиях военных конфликтов. Выделены важнейшие факторы, определяющие особенности медицинского обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях военного характера. Определена роль специальных медицинских формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий в условиях вооруженных конфликтов. Подчеркивается важность соблюдения международных соглашений о правах и обязанностях медицинских работников, привлекаемых к оказанию медико-санитарной помощи населению в чрезвычайных ситуациях военного характера.

Ключевые слова: медицинская помощь, служба медицины катастроф, чрезвычайная ситуация, вооруженный конфликт.

Kochin I.V.¹, Khandoha E.V.²

¹State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Healthcare of Ukraine», Department of Civil Protection and Disaster Medicine

²Vasylivskiy Interdistrict Separated Unit of State Institution «Zaporizhzhia Regional Laboratory Center of the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine», Zaporizhzhia, Ukraine

ORGANIZATION OF HEALTH CARE PROVISION TO THE POPULATION IN MILITARY EMERGENCY SITUATION

Summary. The article considers the problem of providing health care to the population during armed conflict. The most important factors determining the features of medical provision to the population in military emergency situations were marked. The role of special medical units involved in the liquidation of the health consequences during armed conflict is defined. The importance of compliance with international agreements on the rights and duties of medical professionals involved in providing health care to the population in military emergency situations is emphasized.

Key words: health care, disaster medicine service, emergency, armed conflict.