

УДК 614.2:355.5

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК (СИЛ) У КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ НОВОГО ОБРИСУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

(повідомлення друге)

А.В. Верба, генерал-майор медичної служби, кандидат медичних наук, директор Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України, Заслужений лікар України

Е.М. Хорошун, полковник медичної служби, начальник Центрального військово-медичного управління – начальник медичної служби ЗС України

В.І. Стриженко, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу бойової патології Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

О.Ю. Булах, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

В.С. Гульпа, полковник медичної служби, кандидат фармацевтичних наук, начальник науково-дослідного відділу медичного постачання Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. *В статті викладено концептуальні погляди керівництва медичної служби ЗС України на побудову сучасної системи медичного забезпечення військ (сил). Акцентовано увагу на її головній складовій – лікувально-евакуаційному забезпеченні, обґрунтуванні структурних змін медичної служби, шляхах удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил) у ході їх застосування.*

Ключові слова: *організація медичного забезпечення, лікувально-евакуаційна система, медична служба.*

Вступ. Нова редакція Воєнної доктрини України [1] визначає основні положення найважливішої складової державної політики національної безпеки – воєнної політики. Зміст базових положень нової Воєнної доктрини України передбачає радикальне зростання кількості проблем, на розв'язання яких повинні бути спрямовані зусилля держави за рахунок впровадження принципово нових підходів до їх вирішення. Одночасно вона визначає завдання з підвищення обороноздатності держави шляхом ефективної реалізації нової єдиної воєнно-економічної, військово-промислової та військово-технічної політики, одним із напрямків якої є удосконалення системи забезпечення сил оборони (фінансування, логістики, військової освіти, підготовки персоналу, охорони здоров'я, мобілізаційної

підготовки, цивільного захисту тощо) в напрямку їх централізації та уніфікації [2].

Обґрунтування уніфікованої системи медичного забезпечення Збройних Сил (ЗС) України, і в першу чергу її головної складової – системи лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ), є метою даної публікації.

Матеріали та методи дослідження. Використовувалися літературні джерела за темою, матеріали зборів керівного складу медичної служби, науково-практичних конференцій і семінарів, звітні матеріали фахівців медичної служби за підсумками роботи у зоні АТО.

Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення ЗС України. Предмет – лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил).

Методи: аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення. Антитерористична операція (АТО) на сході України одночасно із руйнуванням світової та регіональної безпеки призвела до суттєвих змін у зовнішній політиці держави, що регламентується Законом України “Про засади внутрішньої та зовнішньої політики” та вимогами вищого воєнно-політичного керівництва держави у напрямку орієнтації на поглиблення відносин стратегічного партнерства України із США, ЄС і НАТО [3], а Програма діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегія сталого розвитку “Україна – 2020” зобов’язують створити Програму реформування та розвитку системи медичного забезпечення ЗС України на період 2015-2020 років, у якій передбачити поступовий перехід до стандартів НАТО (STANAGs) [4].

Зазначене, а також суттєві зміни, що відбулися у ЗС України та їх медичній службі, вимагають від керівництва медичної служби створення уніфікованої системи медичного забезпечення військовослужбовців. На думку авторів, доцільно погодитися з положенням, що система медичного забезпечення за будь-яких умов функціонування має бути цілісною функціонально-структурною формою застосування сил і засобів медичної служби для проведення комплексу організаційних, лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних), санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів [5]. Один з важливих аспектів організації медичного забезпечення військ (сил) полягає в його реалізації за територіальним принципом. Він лежить в основі медичного забезпечення провідних країн світу: США, Німеччини, Франції, Італії тощо [6-10].

Характерними рисами побудови медичної служби армій провідних країн світу є створення чіткої системи управління з єдиним органом управління на стратегічному рівні та адекватним розподілом повноважень і ресурсів (медичних підрозділів і закладів) відповідно до покладених завдань і функцій на різних рівнях

управлінської вертикалі. Основні медичні ресурси зосереджені у розпорядженні центральних і територіальних органів управління (регіональних медичних командувань та у медичних центрах США та зонах забезпечення бундесверу тощо).

Система медичного забезпечення ЗС України, зокрема організація її управління, ЛЕЗ, потребує подальшого удосконалення і розвитку з урахуванням набутого вітчизняного і зарубіжного досвіду. Під час формування перспективної системи медичного забезпечення ЗС України необхідно враховувати наступні головні умови:

відповідність структури медичних підрозділів та чисельності особового складу медичної служби завданням, що на них покладаються;

побудова системи медичного забезпечення військ (сил) за територіальним принципом;

чіткий розподіл повноважень і функцій між органами управління, медичними підрозділами військових частин та військовими лікувальними закладами щодо надання визначених видів та обсягів медичної допомоги, максимальне наближення першого рівня медичного забезпечення безпосередньо до військових частин і підрозділів;

достатнє матеріально-технічне забезпечення служби;

наявність власної системи підготовки та регулярної перепідготовки кадрів на основі сучасних досягнень медичної науки;

централізація управління та керованість службою в цілому у поєднанні з відносною самостійністю на оперативно-тактичному рівні;

формування найбільш оптимальної – трирівневої системи управління медичним забезпеченням.

Враховуючи основні принципи побудови ЗС України та набутий практичний досвід медичного забезпечення у зоні АТО, система медичного забезпечення мирного часу повинна бути максимально наближеною до забезпечення військ (сил) в особливий період. У мирний час і в особливий період Начальник ГШ – Головнокомандувач ЗС України повинен мати у

своєму підпорядкуванні весь комплект сил і засобів для забезпечення бойових дій, у т.ч. і медичного забезпечення згідно з останнім розподілом повноважень МО України і ГШ ЗС України [12,13].

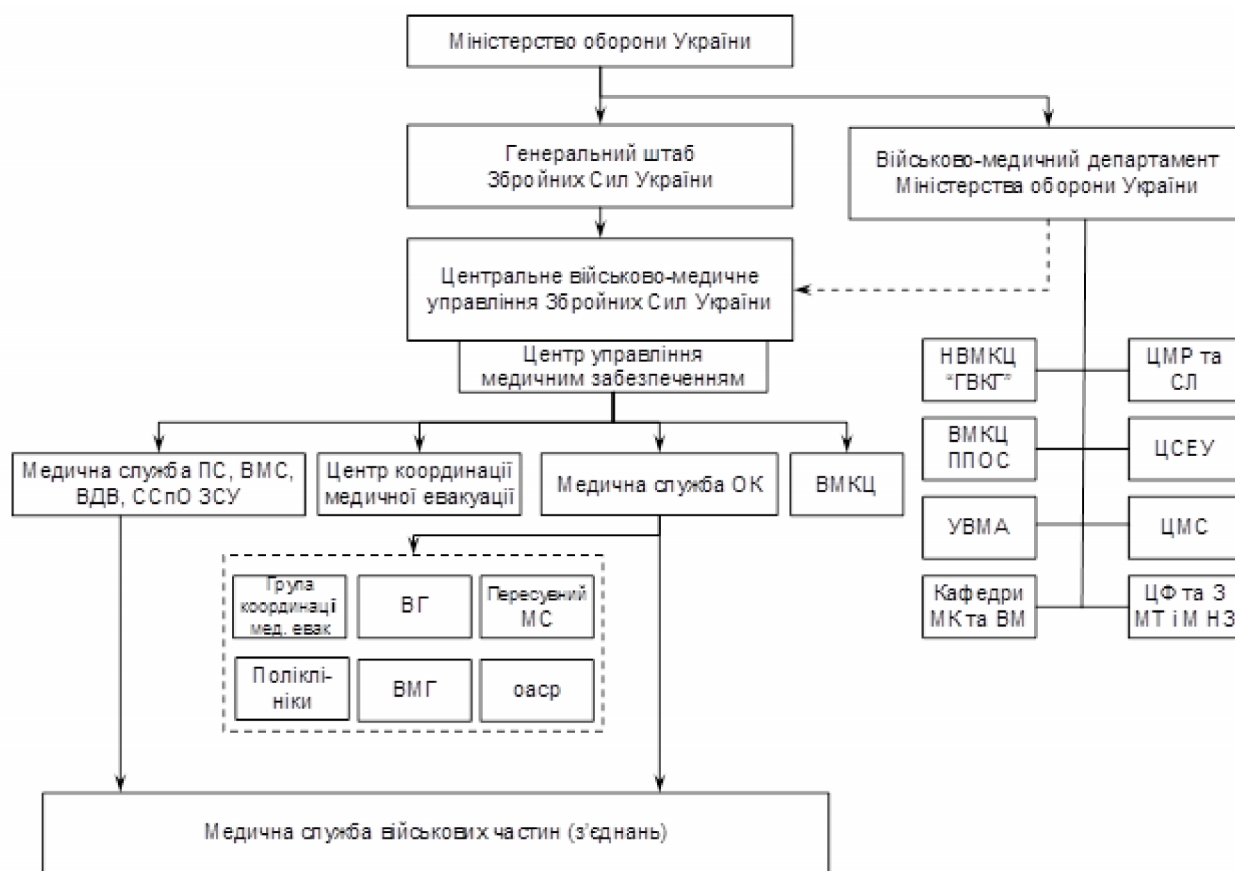


Рис. 1. Перспективна структура медичної служби ЗС України (варіант)

Автори пропонують для подальшого обґрунтування системи ЛЕЗ ЗС України за основу взяти перспективну схему управління медичною службою (рис. 1), яка станом на сьогодні, за певними припущеннями, фактично реалізована у зоні АТО і передбачає перехід у підпорядкування ЦВМУ ЗС України ВМКЦ регіонів, стаціонарних військових госпіталів і мобільних лікувальних закладів (ВМГ), підрозділів медичної евакуації.

За умов законодавчого впровадження запропонованої системи управління медичною службою ЗС України можлива реалізація наступного варіанту розвитку системи ЛЕЗ ЗС України (рис.2), при обґрунтуванні якого нами були враховані основні фактори впливу на її побудову.

По-перше, зростання вимог суспільства до ціни людського життя, прагнення до

зменшення втрат і повернення до строю і праці максимальної кількості поранених і хворих обумовлюють необхідність змін в організації роботи передових етапів медичної евакуації (ЕМЕ) з метою забезпечення їх боротьби за життя тяжкопоранених [14-19].

По-друге, було враховано реально існуючі за час АТО розміри та структура санітарних втрат за локалізацією і тяжкістю ураження, які за певним припущенням співпадають з даними інших збройних конфліктів [15].

По-третє, існуючі вимоги до системи ЛЕЗ [20] передбачають, що лікувально-евакуаційні заходи включають розшук, збір поранених, надання їм усіх видів медичної допомоги, евакуацію, лікування, медичну реабілітацію; головною метою лікувально-евакуаційних заходів є збереження життя максимальній кількості поранених і хворих, зниження їх

інвалідності, якнайшвидше відновлення боє- і працездатності, повернення до строю; сутність сучасної лікувально-евакуаційної системи передбачає етапне лікування поранених і хворих з евакуацією за призначенням, її побудова здійснюється з використанням медичних підрозділів військових частин, мобільних військово-медичних закладів, залученням стаціонарних військових і цивільних закладів охорони здоров'я, підготовка яких до роботи в особливий період проводиться у мирний час; своєчасність, послідовність, спадкоємність

лікувально-діагностичних заходів у поєднанні з евакуацією поранених і хворих на наступні етапи медичної евакуації гарантують надання їм вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію.

По-четверте, визначальний вплив на систему ЛЕЗ мають рівень технічного оснащення запропонованих етапів медичної евакуації, укомплектованість медичними кадрами та якість їх професійної підготовки, готовність до виконання завдань за призначенням.

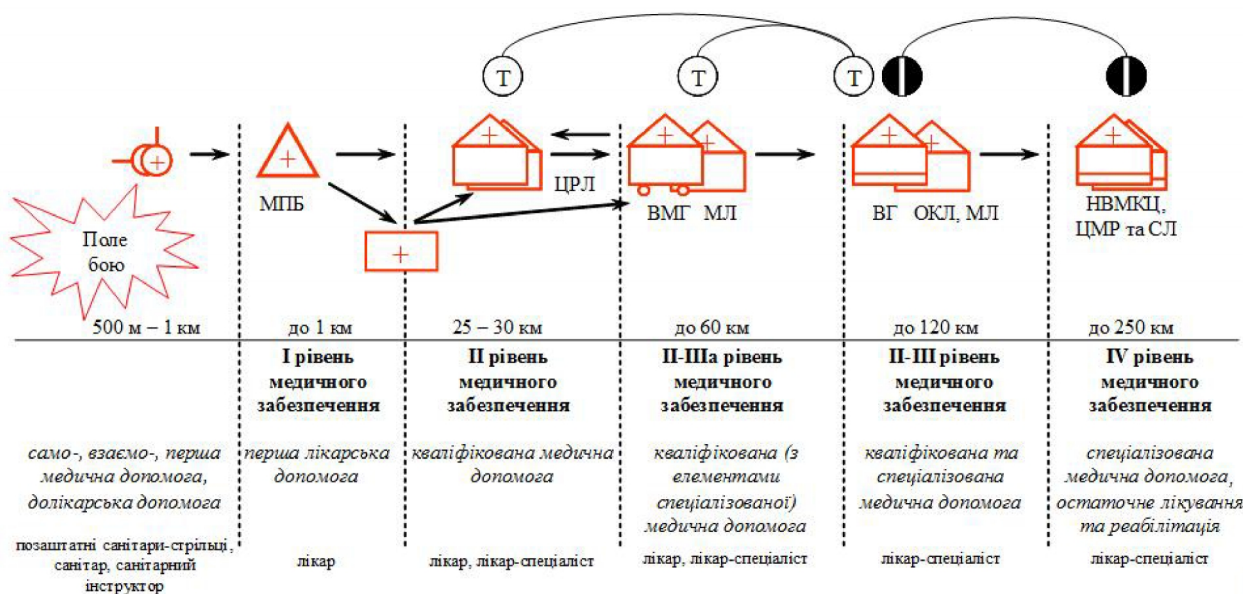


Рис. 2. Схема лікувально-евакуаційного забезпечення військ (варіант)

Реалізацію перелічених факторів впливу у запропонованій системі ЛЕЗ передбачається здійснювати наступним чином: запровадити у навчальних закладах, військоматах, ЗС України систему медичної підготовки стосовно надання само- і взаємодопомоги пораненим і хворим за затвердженими стандартами підготовки; забезпечити на 110% потреби особового складу угруповання військ (сил) у зоні бойових дій уніфікованими індивідуальними засобами медичного захисту; створити у складі ЗС України навчальні центри (роти) для підготовки (перепідготовки) санітарних інструкторів і санітарів за стандартами; укомплектувати підрозділи медичної служби броньованими

засобами медичної евакуації переднього краю та сучасними засобами розшуку поранених; створити сучасний парк санітарної техніки повнопривідних машин класу А,В,С; на рівні РНБО України порушити проблему аеромедичної евакуації тяжкопоранених із зони бойових дій; організаційно відновити функціонування та укомплектувати сучасною автомобільною технікою автосанітарні підрозділи у підпорядкуванні медичної служби оперативного-тактичного угруповання; відновити у системі бойової підготовки медичної служби планування і проведення щорічних навчань з розгортанням у польових умовах МПБ, МПП, медичних рот і ВМГ.

За умовами реалізації переліченого структура медичної служби військової ланки буде мати наступний вигляд: у відділенні – стрілець-санітар з обсягом надання першої медичної допомоги; у взводі – санітар з підготовкою “тактична медицина” (перша медична допомога); у роті – санітарний інструктор з обсягом надання першої медичної допомоги (інструктор з тактичної медицини); у батальйоні – начальник медичної служби – начальник медичного пункту (лікар або фельдшер), медичний пункт – 6 осіб у мирний час, 9 осіб в особливий період; обсяг допомоги – перша лікарська, долікарська (фельдшерська).

З метою юридичного захисту медичного персоналу та поранених і хворих виникає необхідність негайного опрацювання і впровадження стандартів визначеного обсягу і послідовності медичної допомоги, а також стандартів забезпечення комплектами медичного майна. Вирішення цього питання сприятиме адаптації стандартів НАТО у ЗС України. Опрацювання перелічених стандартів повинно стати першочерговим і невідкладним завданням у роботі головних медичних спеціалістів МО України та УВМА, контроль за їх опрацюванням здійснюватиме ВМД МО України.

Результати досліджень розмірів і структури СВ у зоні АТО [11,14,15] свідчать про значне зростання серед усіх вогнепальних поранень осколкових (до 60%) уражень; за локалізацією: ураження кінцівок складають до 58,1%, голови – до 25,7%; за тяжкістю уражень: легкі – 50,3%, середньої тяжкості – 42,2%, тяжкі і вкрай тяжкі – 7,5%-10,4%; спостерігається зростання у структурі СВ особового складу множинних, поєднаних, комбінованих ушкоджень та проявів бойового стресу. З урахуванням цих показників, а також беручи до уваги відоме положення, що головним фактором збереження життя максимальної кількості поранених та зниження їх інвалідності є наближення до них СМД, пропонується у дослідженому варіанті ЛЕЗ організаційно-штатні структури медичної роти бригади, військового мобільного госпіталю (ВМГ) зробити уніфікованими, за

міжнародними стандартами: відповідно за варіантом РОЛЬ-2 (з обсягом надання першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги) і РОЛЬ-3 (з обсягом кваліфікованої та елементів спеціалізованої медичної допомоги). Запропоновані зміни передбачають створення у складі медр мобільних відділень для підсилення МПБ; у складі ВМГ – мобільних груп підсилення медр, а у складі ВМКЦ (за мирного часу) – багатопрофільних груп СМД для підсилення ВМГ і цивільних медичних закладів.

Структура санітарних втрат потребує проведення подальших досліджень з метою обґрунтування організаційних засад лікування легкопоранених (хворих), інфекційних хворих та осіб з бойовим стресом.

Запропонована система ЛЕЗ ЗС України передбачає створення і включення до складу медичної служби регуляторних органів (фахівці, групи або центри координації медичної евакуації), на які доцільно покласти забезпечення порядку евакуації поранених і хворих з рівня (ролі) I-II на наступні етапи медичної евакуації за призначенням.

Створення у складі медичної служби ОК пересувного медичного складу пов'язано з тим, що на сьогодні медичне постачання військових частин у зоні АТО здійснюється через пересувні групи медичного постачання ВМГ, які отримують медичне майно зі свого ВМКЦ, що є невластивою і обтяжливою функцією останнього. Станом на сьогодні медичне майно зі Львова, Вінниці, Одеси автомобільним транспортом подається до пункту дислокації свого ВМГ, потім через пересувні групи медичного постачання – до військових частин. Для його отримання оформлюється наряд (ф.200) в 5-ти примірниках: один примірник залишається в пересувній групі медичного постачання, другий примірник разом з медичним майном доставляється у військову частину, інші три примірники надсилаються до ВМКЦ зони територіальної відповідальності, з якого здійснюється постачання медичним майном ВМГ, де на їх підставі оформляється повідомлення (ф. 280) в двох примірниках, які

разом з одним примірником наряду надсилаються до фінансово-економічного органу військової частини. У випадках, коли бригада у зоні АТО не розгорнута в повному складі, або пункт постійної дислокації військової частини знаходиться в зоні відповідальності іншого ВМКЦ, документообіг ускладнюється.

Схема медичного постачання у такий спосіб є логістично та документально обтяжливою за рахунок виконання невластивої функції медичного постачання ВМГ (через пересувні групи медичного постачання) та відсутність закладу медичного постачання – юридичної особи у зоні АТО.

За умов затвердження запропонованої системи управління медичним забезпеченням ЗС України на особливий період (рис 1.) вважаємо необхідним перекласти невластиві функції медичного постачання з ВМГ на запропоновані нами пересувні медичні склади, а юридичну відповідальність за медичне забезпечення – на начальника медичної служби ОК. Реалізація запропонованого досягається шляхом відновлення у системі мобілізаційного розгортання військ закладу медичного постачання воєнного часу – пересувного медичного складу (колишній армійський медичний склад – АМС), який призначений для приймання, зберігання та обліку медичного майна і забезпечення ним приписаних на постачання з'єднань і частин з одночасним підпорядкуванням начальнику медичної служби ОК або вищому органу управління медичної служби.

Зазначене створить умови, за яких замовлення медичного майна буде здійснюватися через начальника медичної служби ОК. Отримання медичного майна здійснюватиметься від постачальників, визначених органом управління медичної служби (ВМКЦ, ВГ або МС за умови централізованого постачання). Видача медичного майна військовим частинам, що входять до складу ОК, у тому числі ВМГ, здійснюватиметься за нарядами, підписаними начальником медичної служби ОК та офіцером з медичного постачання.

Керівництво держави акцентує увагу на впровадженні до 2020 року у ЗС України системи міжнародних стандартів (відповідно до вимог НАТО) [4,21]. Україна все більше співпрацює з інституціями ООН, НАТО. Українські миротворчі підрозділи брали участь у міжнародних операціях під проводом ООН. Досвід цих операцій вимагає побудови уніфікованої системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ. Нормативними документами, що визначають організацію медичного забезпечення військ, є Доктрина НАТО з медичного забезпечення, Принципи і політика медичного забезпечення операцій НАТО та Керівництво з медичного забезпечення миротворчих операцій ООН [22-25], які призначені у першу чергу для досягнення взаєморозуміння з питань медичного забезпечення міжнародних багатонаціональних місій.

З метою уніфікації термінології і наближення нормативних документів з медичного забезпечення ЗС України до міжнародних стандартів та вимог НАТО [22,23] пропонується запровадити класифікацію існуючих медичних підрозділів (закладів) за рівнями медичного забезпечення (МЗ), а також визначити їх основні завдання (у т.ч. з надання медичної допомоги), що дозволить створити у системі ЛЕЗ ЗС України 4 рівні медичного забезпечення: МПБ – “підрозділ медичного забезпечення 1 рівня”, або “медичний підрозділ 1 рівня”; медична рота /ЦРЛ – “підрозділ медичного забезпечення 2 рівня”, або “медичний підрозділ 2 рівня”; ВМГ/ВГ/МЛ – “заклад медичного забезпечення 3 рівня”, або “медичний заклад 3 рівня” (або як варіант – 2+ рівня, який після підсилення має розширені спроможності); НВМКЦ, ВМКЦ /ОКЛ – “заклад медичного забезпечення 4 рівня”, або “медичний заклад 4 рівня” – сюди ж відносяться спеціалізовані заклади МОЗ України, призначені для надання СМД та остаточного лікування, включаючи відновлювальне і реабілітаційне лікування.

За даними [6,7], у США виділяється 5-й рівень медичного забезпечення – лікувальні

заклади, розміщені на континенті. У той же час територіальні особливості України впровадження 5-го рівня не передбачають.

Перелічені положення враховані у запропонованій схемі організації ЛЕЗ військ, наведеній на рис.2, і передбачають нарощування можливостей медичних підрозділів і закладів (ЕМЕ), розташованих на шляхах евакуації у певній послідовності від переднього краю (зони бойових дій) у тил країни (тиловий район). Кожен медичний підрозділ (заклад) виконує визначений для нього перелік заходів медичної допомоги (вид медичної допомоги).

Далі подається аналіз основних видів медичної допомоги відповідно до стандартів НАТО у процесі здійснення лікувально-евакуаційних заходів, які передбачаються у ЗС України:

перша медична допомога (в термінології НАТО - first aid, надається на місці у перші хвилини після поранення, у порядку само-, взаємодопомоги або стрільцями-санітарами, санітарними інструкторами); в зарубіжних аналогах передбачена “перша допомога”, яка надається військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, а також бойовим рятувальником (combat lifesaver, що наближено відповідає стрільцю-санітару), та “перша медична допомога”, яка надається бойовим медиком (combat medic, що наближено відповідає санітарному інструктору);

долікарська допомога (“невідкладна (екстрена) медична допомога” – emergency medical treatment – відповідає долікарській та першій лікарській допомозі у прийнятій у нас термінології; надається у медичних підрозділах 1 та 2 рівня, не пізніше 1 год з моменту поранення (оптимально до 30 хв));

перша лікарська допомога – принципи надання такі ж, як і при попередньому виді медичної допомоги (emergency medical treatment); надається у медичних підрозділах 1 та 2 рівня лікарем загальної практики;

кваліфікована медична допомога – має кілька підвидів.

1. Невідкладна реанімаційна хірургічна допомога – надається у підрозділах 2 рівня МЗ

не пізніше 2 годин з моменту поранення у разі затримки евакуації до закладів 3,4 рівня, наближено відповідає невідкладним заходам кваліфікованої хірургічної допомоги, які надаються у скороченому вигляді згідно з тактикою багатоетапного хірургічного лікування (damage control surgery).

2. Кваліфікована хірургічна допомога (невідкладні заходи) – надається у закладах 3 рівня медичного забезпечення, не пізніше 2 год з моменту поранення; оперативні втручання здійснюються за тактикою багатоетапного хірургічного лікування; в термінології НАТО - primary surgery.

3. Кваліфікована хірургічна допомога (термінові заходи) – надається у закладах 3 рівня МЗ, не пізніше 4 год з моменту поранення, оперативні втручання рекомендовано здійснювати з дотриманням тактики багатоетапного хірургічного лікування; в НАТО - primary surgery;

спеціалізована медична допомога – надається в закладах 4 рівня медичного забезпечення; у разі евакуації в обхід закладів 3 рівня медичного забезпечення – не пізніше 2-4 год з моменту поранення; в інших випадках - після стабілізації стану після КМД; в термінології НАТО - definite and restorative care.

медична реабілітація – відповідає прийнятій у нас термінології.

Конкретний вид медичної допомоги визначається рівнем медичного забезпечення, підготовкою осіб, які її надають, а також наявністю необхідного медичного обладнання та оснащення. Концептуальні положення організації ЛЕЗ військ (сил) передбачають, що після надання першої медичної допомоги на полі бою в порядку само- та взаємодопомоги або спеціально тренуваним персоналом (стрілець-санітар, інструктор з тактичної медицини, санітарний інструктор) у перші хвилини після поранення поранений негайно евакуюється у медичний підрозділ 1 або 2 рівня медичного забезпечення (МПБ, медичний пункт полку, медичну роту), де йому надається долікарська або перша лікарська допомога, направлена на боротьбу з розладами, що

загрожують життю, та попередження розвитку небезпечних для життя наслідків, здійснюється його підготовка до подальшої евакуації. Ця допомога повинна надаватися не пізніше 1 год з моменту поранення (захворювання).

Найбільш оптимальний варіант побудови системи ЛЕЗ військ передбачає евакуацію пораненого після надання йому першої лікарської допомоги до лікувального закладу, де йому буде надана спеціалізована медична допомога [17-19]. Якщо це не можливо, то після надання першої лікарської допомоги, поранений не пізніше 4 год з моменту поранення повинен бути евакуйований до закладу 3 рівня медичного забезпечення (ВМГ, стаціонарний військовий або цивільний лікувальний заклад), де йому буде надана кваліфікована медична допомога з метою проведення невідкладних та термінових хірургічних втручань, стабілізації його стану та підготовки для подальшої евакуації до закладів 4 рівня медичного забезпечення (ВМКЦ, обласна клінічна лікарня та ін.). У разі затримки евакуації до закладу 3 рівня медичного забезпечення, у медичному підрозділі 2 рівня медичного забезпечення (медична рота бригади, ЦРЛ) пораненому не пізніше 2 год з моменту поранення за показаннями повинні бути забезпечені невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги. У закладах 4 рівня медичного забезпечення (ВМКЦ, обласна клінічна лікарня, спеціалізовані центри та інститути) надається спеціалізована медична допомога, проводиться спеціалізоване лікування, забезпечуються остаточне видужання та медична реабілітація поранених і хворих.

Реалізація запропонованих концептуальних положень системи ЛЕЗ забезпечує надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікування у найкоротші терміни, що відповідає досвіду функціонування системи медичного забезпечення військ (сил) у провідних країнах світу.

Висновки

1. Перспективна система ЛЕЗ ЗС України формується на позитивному вітчизняному і зарубіжному досвіді. Запропонована система

ЛЕЗ ЗС України передбачає наближення медичної допомоги до поранених і хворих та максимальне скорочення термінів її надання; організацію медичного забезпечення за територіальним принципом; управління медичним забезпеченням єдиним стратегічним органом управління з чітким розподілом функцій на усіх рівнях по управлінській вертикалі через медичну службу оперативних командувань (оперативних, оперативно-тактичних угруповань).

2. Розвиток системи ЛЕЗ ЗС України наближається до міжнародних стандартів (категоризація медичних підрозділів, частин і закладів та системи надання медичної допомоги пораненим і хворим за відповідними рівнями, належне їх оснащення сучасним медичним майном і технікою, уніфікація організаційно-штатної структури медичної служби та підготовки медичних кадрів тощо). Удосконаленню системи ЛЕЗ на регіональному рівні сприятиме наближення медичних підрозділів і закладів до постраждалих, підготовка усієї інфраструктури медичної служби до роботи в особливих умовах в мирний час, уніфікація термінології, розвиток концепції невідкладної (екстреної), ранньої спеціалізованої медичної допомоги, аеромедичної евакуації, єдиного регуляторного керівництва медичним сортуванням і процесом евакуації поранених.

3. Головні принципи запропонованої системи ЛЕЗ військ (сил) повинні знайти відображення в організаційно-методичних рекомендаціях (вказівках) Головних медичних спеціалістів МО України. Принципи і алгоритм роботи військових медичних установ в особливий період, схема надання медичної допомоги, рівні медичного забезпечення, медична термінологія, лікувально-діагностичні протоколи і стандарти повинні бути єдиними, розроблятися вітчизняними науковцями та одночасно відповідати міжнародним нормам і передбачати їх впровадження в положеннях Військово-медичної доктрини, Концепції лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України, Настановах з медичного забезпечення,

медичної евакуації, медичного постачання ЗС України на особливий період тощо.

Література

1. Указ Президента України № 555/2015 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 2 вересня 2015 року «Про нову редакцію Воєнної доктрини України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.mil.gov.ua/diyalnist/reformi-ta-planuvannya-u-sferi-oboroni/voenna-doktrina.html>

2. Муженко В.М. Перспективні напрямки розвитку Збройних Сил в умовах суттєвих змін у воєнно-політичній ситуації навколо України на період до 2020 р. // Наука і оборона – 2015. – №3-4. – С. 22-27. Бібліографія – С.27.

3. Закон України «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 40, ст.527; Із змінами, внесеними згідно із Законами № 1170-VII від 27.03.2014, ВВР, 2014, № 22, ст.816 № 35-VIII від 23.12.2014, ВВР, 2015, № 4, ст.13) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2411-17>

4. Розпорядження КМУ від 4 березня 2015 року №213-р. – щодо зміни строку виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку “Україна-2020” у 2015 році (на I квартал 2016р.). [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://kodeksy.com.ua/norm_akt/source-КМУ-типе-Розпорядження-213-04.03.2015.htm

5. Бадюк М.І. Основні принципи формування системи медичного забезпечення військ за територіальним принципом // Військова медицина України. - 2008.- Том8. №1. - С. 5-12. Бібліографія – С.12.

6. Лікувально-евакуаційне забезпечення ЗС у країнах НАТО: навчальний посібник/ ред. В.Я. Білого, В.В. Паська – К.: УВМА, 2002. – 134с.

7. Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО: Навчальний посібник / О.О. Сохін, О.В. Ричка, О.Ю. Булах та ін.; за ред. В.Д. Юрченка, В.В. Вороненка. – К., 2006.- 368с.

8. Корнюшко И.Г., Бояринцев В.В., Минаев Д.Ю. Медицинское обеспечение военнослужащих бундесвера // Воен.-мед. журн. – 2008. – № 1. – С. 90-94.

9. Белякин С.А., Гребенюк А.Н., Климов А.С. и др. Структура и задачи медицинской службы вооруженных сил Итальянской Республики // Воен.-мед. журн. – 2012. – № 5. – С. 88-92.

Автори статті будуть вдячні фахівцям за участь в обговоренні теми.

10. Корнюшко И.Г., Яковлев С.В., Булатов М.Р. и др. Организация медицинского обеспечения вооруженных сил США // Воен.-мед. журн. – 2012. – № 5. – С. 13-18.

11. Савицький В.Л. Медичне забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції: досвід та напрямки його удосконалення/ В.Л. Савицький, В.П.Майданюк, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах //Військова медицина України. -2015. - №1- .С.5-11. Бібліографія-С.11

12. Указ Президента України від 6 квітня 2011 р. № 406/2011 зі змінами від 02.09.2013 р. № 468/2013, «Про Положення про Міністерство оборони України та Положення про Генеральний штаб Збройних Сил України» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/ru/406/2011>

13. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 листопада 2014 р. №671 «Про затвердження Положення про Міністерство оборони України» [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/671-2014-%D0%BF>

14. Булах О.Ю., Стриженко В.І. Удосконалення змісту медичної допомоги пораненим і хворим на передових етапах медичної евакуації в сучасних умовах//Проблеми військової охорони здоров'я. – 2014. - Вип.42.- С.105-115 Бібліографія-С.113-115

15. Булах О.Ю. Дослідження санітарних втрат ЗС України та напрямків оптимізації медичного забезпечення в ході антитерористичної операції / О.Ю. Булах, В.І. Стриженко // Збірник ГВМКЦ “ГВКГ” МОУ.– 2015. – Вип. 22 - С. 15-25. Бібліографія-С.23-24.

16. Жаховський В.О. Погляди на удосконалення організаційної побудови системи лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України (до проекту Настанови з медичного забезпечення ЗС України, повідомлення друге)/В.О.Жаховський, О.Ю.Булах, В.Г. Лівінський, В.І. Стриженко// Військова медицина України. – 2014.– №1.– С. 17-22 Бібліографія - С.21-22

17. Гуманенко Е.К. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе: становление военно-полевой хирургии локальных войн и вооружённых конфликтов (сообщение седьмое, заключительное)/ Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов // Воен.-мед. журн.- 2006.- № 9.- С. 19-28.- Библиография – С.28.

18. Гайдар Б.В. К вопросу о необходимости сокращения этапов медицинской эвакуации в условиях локальных войн и вооружённых конфликтов / Б.В. Гайдар, В.А. Иванцова, В.О. Сидельников, И.Т. Русев, Д.Ю. Мадай [и др.] // Воен.-мед. журн.- 2004.- № 6.- С. 4-7.- Библиография – С.7.

19. Чиж И.М. Становление, развитие и пути дальнейшего совершенствования системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск / И.М. Чиж, А.М. Шелепов, О.С. Лобастов // Воен.-мед. журн.- 2001.- № 10.- С. 4-14.- Библиография – С.14.

20. Наказ Начальника Генерального штабу – Головнокомандувача ЗС України від 4.09.2014 року № 221 “Про затвердження Доктрини медичного

забезпечення Збройних Сил України”// Київ:УВМА, НДІ ПВМ.– 2014.– 25с.

21. План заходів Міністерства оборони України з виконання Програми діяльності Кабінету Міністрів України та Стратегії сталого розвитку “Україна-2020” у 2015 році.

22. AJP 4.10(B) Allied joint medical support doctrine.– Brussels: Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, 2015. – 170 p.

23. MC 326/3. NATO principles and policies of operational medical support. 2011– 27 p.

24. Medical support manual for United Nations peacekeeping operations.

25. Emergency war surgery. Third United States Revision. – Washington: US Government Printing Off., 2004.- 405 p.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Савицький В.Л.

УДК 355.415.6

МЕДИЧНЕ ПОСТАЧАННЯ ЯК СИСТЕМНЕ ЯВИЩЕ

В.С. Гульпа, полковник медичної служби, кандидат фармацевтичних наук, начальник науково-дослідного відділу медичного постачання Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. В статті проведено аналіз компонентів системи медичного постачання та проблемних питань стосовно організації медичного постачання. Наголошено підходи до організації системи медичного постачання, її відповідності сучасним вимогам.

Ключові слова: постачання медичним майном, система медичного постачання.

Вступ. Медичне постачання є однією із найважливіших складових медичного забезпечення як окремого виду забезпечення Збройних Сил України і містить комплекс заходів та завдань, спрямованих на своєчасне та повне забезпечення потреб військових частин та військово-медичних закладів у медичному майні і техніці, необхідних для проведення лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та інших заходів медичної служби Збройних Сил України, накопичення і утримання запасів, технічне та метрологічне забезпечення як в мирний час, так і в особливий період за територіальним принципом [1, 2].

Багато наукових публікацій присвячено удосконаленню системи медичного постачання. Авторами запропоновані концептуальні засади медичного постачання, принципи та основні положення [4-12].

Нами запропоновано розглянути медичне постачання як системне явище та дослідити взаємний вплив його окремих елементів на функціонування та досягнення основної мети з використанням конструктивного підходу.

Матеріали та методи дослідження. Були використані нормативно-правові документи щодо медичного постачання, результати виконання планових науково-дослідних робіт,