

УДК 616-083.98-057.36:323.28

КОЧИН І.В.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»,
кафедра цивільного захисту та медицини катастроф

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИКО-САНІТАРНИХ ВТРАТ І ОРГАНІЗАЦІЇ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В ЗОНІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Резюме. Проаналізовано матеріали офіційної статистики та експертних висновків стосовно безповоротних та санітарних втрат серед військовослужбовців та мирного населення, визначені організаційні та методологічні основи удосконалення спільної діяльності медичної служби Збройних сил України (ЗСУ) з формуваннями Служби медицини катастроф і Служби швидкої медичної допомоги та волонтерів у наданні екстреної медичної допомоги (ЕМД) пораненим у зоні бойових дій. Згідно з офіційною статистикою, співвідношення кількості вбитих українських бійців до поранених у зоні бойових дій становить 1 : 3,8. Серед поранень найбільше зустрічаються травми кінцівок — 62,6 % та травми голови — 37,4 %. До шпиталів надходять військовослужбовці та цивільні особи, поранення яких більше ніж у 60 % є осколковими. Ще близько 30 % — це вогнепальні поранення, решта — опіки від застосування бойових засобів. Найбільше ушкоджуються кінцівки — близько 57 % поранень, серед них 39 % — поранення ніг. Близько 80 % військовослужбовців і цивільного населення в зоні бойових дій мають психолого-психічні порушення — від бойової втоми до гострих психічних травм. Значна частина військовослужбовців потрапила до зони бойових дій, не знаючи елементарних правил та не маючи навичок надання першої медичної допомоги. Досвід надання ЕМД пораненим військовослужбовцям і цивільному населенню зони бойових дій доводить велику залежність конкретних форм організації лікувально-евакуаційного забезпечення від бойової, тилової та медичної обстановки, достатньої кількості підготовленого кваліфікованого медичного персоналу, забезпеченості медичним, санітарно-господарським та спеціальним майном, медичним броньованим автотранспортом і авіаційним транспортом. У наш час, за стандартами НАТО, кожен боєць ЗСУ повинен бути навчений першої невідкладної медичної допомоги і зобов'язаний вміти надавати її. У кожному військовому підрозділі мають бути підготовлені декілька бійців-парамедиків, які вміють надати більш кваліфіковану і в більшому обсязі першу невідкладну медичну допомогу, що дозволяє підтримати пораненому життєво важливі функції організму до прибуття військових медиків та евакуації до шпиталю.

Ключові слова: медико-санітарні втрати, екстрена медична допомога, бойові дії.

Вступ

Існуючі натеper у Службі медицини катастроф (СМК) і Службі швидкої медичної допомоги (СШМД) організаційні засади та методологічні основи розробки планів функціонування цих служб розраховані на надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) населенню в мирний час. Основною причиною потреби у подальшому реформуванні СМК, СШМД та Військово-морських сил (ВМС) Збройних сил України (ЗСУ) є необхідність якомога скоріше забезпечити взаємодію між ними та пристосувати їх до ефективної спільної діяльності з організації та надання ЕМД населенню і військовослужбовцям в зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів, а також нагальна потреба проведення змін у медичному секторі сфери національної безпеки, збалансованому з можливими соціально-

економічними та кадровими ресурсами держави для забезпечення здатності функціонально об'єднаних медичних служб у виконанні нових місій і завдань, що впливають з умов проведення антитерористичної операції (АТО), політики підтримання безпеки в регіоні та національних інтересів [2, 8].

Мета роботи — проаналізувати матеріали офіційної статистики та експертних висновків стосовно безповоротних та санітарних втрат (отриманих по-

Адреса для листування з автором:

Кочін Ігор Васильович

E-mail: zmapo33@gmail.com

© Кочін І.В., 2015

© «Медицина невідкладних станів», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

ранень і загибелі) серед мирного населення та військовослужбовців, визначити організаційні та методологічні основи удосконалення спільної діяльності СМК, СШМД та ВМС ЗСУ з організації та надання ЕМД у зоні бойових дій і локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях.

Матеріали та методи

Проаналізовано наукові публікації та офіційну інформацію з Інтернету про медико-санітарні втрати мирного населення та військовослужбовців ЗСУ, стан організації й надання ЕМД СМК, СШМД та ВМС ЗСУ з урахуванням особливостей медичного забезпечення в зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях. Аналітико-експертним методом та методом контент-аналізу проведено дослідження медико-санітарних втрат і організації надання ЕМД мирному населенню та військовослужбовцям ЗСУ. Проте інформація про медико-санітарні втрати та стан організації і надання ЕМД, що містилась у доступній вітчизняній та зарубіжній літературі з даних питань й Інтернеті, має дещо розрізнений характер, але дає можливість зрозуміти загальний стан справ, закономірності та тенденції і виявити специфічні особливості досліджуваних явищ і процесів, зробити обґрунтовані висновки. За науковими історичними джерелами проаналізовані загальні втрати особового складу військ у війнах і збройних конфліктах ХХ ст., організаційні та медичні аспекти надання медичної допомоги населенню та військовослужбовцям, постраждалим від воєнних дій [3, 7, 10, 12].

Результати та обговорення

Аналіз практики міжнародних відносин переконує, що воєнна сила сьогодні має репутацію інструмента, що дозволений і застосований зовнішньою та внутрішньою політикою багатьох держав. Згідно з воєнною доктриною України, імовірного противника щодо жодної країни світу не вбачалося, що було, як виявилось на практиці, хибним і легковажним припущенням. Але, за свідченням стратегічних досліджень і висновків військових експертів, воєнна загроза для України завжди існувала, що демонструє збройна окупація Криму Росією, провокування та здійснення збройних дій у східних областях України [5]. Наявність на озброєнні російської армії різноманітних засобів збройної боротьби, збільшення їх можливостей зумовлюють складний, високоманеврений та винищувальний характер бойових дій. Велика напруженість, рішучість, значний просторовий розмах воєнних дій значно збільшують величину безповоротних та санітарних втрат військ і цивільного населення. За висновками військових експертів, вищенаведені особливості сучасної війни спричиняють не тільки збільшення величини та ускладнення структури медико-санітарних втрат, а й збільшення серед них частки смертельно поранених [4, 6, 9].

Збройний конфлікт у Донецькій і Луганській областях між незаконними збройними формуваннями

(за прямої активної їх підтримки й участі армії Росії) та ЗСУ призвів до потрапляння у зону бойових дій як військовослужбовців, так і великої кількості мирного населення, які гинуть та зазнають поранень різного ступеня тяжкості [1, 6, 11, 15].

Розвиток військової техніки й озброєння, способи та методи його бойового використання тягнуть за собою загальні втрати особового складу військ (безповоротні та санітарні), чималу кількість загиблих, величину та специфіку медико-санітарних втрат серед мирного населення, що визначає особливості наслідків бойових дій та локальних воєнних конфліктів на щільно заселених територіях інтенсивної промислової діяльності зі значною кількістю потенційно небезпечних об'єктів (ПНО). ПНО — це об'єкти, на яких використовують, виробляють, переробляють, зберігають або транспортують радіоактивні, вибухо- та пожежонебезпечні, небезпечні хімічні та біологічні речовини, що створюють реальну загрозу виникнення джерел техногенних надзвичайних ситуацій (НС) внаслідок обстрілів та руйнування ПНО. Це, у свою чергу, визначає особливості організації та надання у дошпитальний період загальної медичної та ЕМД, а також шпитальної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги як цивільними установами галузі охорони здоров'я країни, так і військово-медичними закладами ЗСУ на етапах лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) [2, 6, 8, 13].

Бойові дії, що розгорнулися на теренах Луганської і Донецької областей, спровоковані збройним нападом Збройних сил Росії з використанням найманців, є найтяжчими в Україні з часів Другої світової війни [2, 5, 14]. Як вважають військові експерти, аналогів цій війні немає у світі, оскільки одночасно використовуються збройні формування українських сепаратистів, різноманітних найманців сусідніх країн, які підтримані державним керівництвом Росії, забезпечуються зброєю та боєприпасами, а її збройні сили беруть безпосередню участь у бойових діях та окупації території України, що визначає рівень безповоротних і санітарних втрат військовослужбовців ЗСУ та населення.

Станом на січень 2015 р., за офіційною статистикою, в зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях співвідношення кількості вбитих українських бійців до поранених становить 1 : 3,8. Більш несприятливе це співвідношення 1 : 2 було у травні — червні 2014 р. Майже третина смертей на передовій відбуваються через те, що не надана або неправильно надана перша медична допомога в золоту годину. Значна частина військовослужбовців потрапила до зони бойових дій, не знаючи елементарних правил та не маючи навичок надання першої медичної допомоги [3, 5, 14, 15].

Слід зазначити, що під час Другої світової війни кількісне співвідношення вбитих та поранених бійців Червоної армії становило 1 : 2, тоді як під час війни в Іраку (2003—2011 рр.) серед збройних сил США таке співвідношення становило 1 : 8. Станом на квітень 2009 р. втрати військ США в Іракській

війні становили: загиблих — 4266 осіб, поранених — 31 153 особи. Наведені дані серйозно розходяться з інформацією іракського відомства з прав людини. Згідно зі звітом відомства, жертви серед мирного населення, армії і поліції в Іраку з початку 2004 р. по кінець жовтня 2008 р. становили 85 694 людини. Число поранених за цей час оцінюють у 147 195 осіб. Дії військових і загроза тероризму змусили понад 2,5 млн іракців покинути свою батьківщину, основний потік біженців припав на Йорданію та Сирію. Згідно з даними Пентагону, в перебігу бойових дій безповоротні втрати серед військовослужбовців ЗС США становили 4487 осіб. Крім того, на території Іраку було вбито 2097 американських цивільних службовців. Бойові та небойові санітарні втрати США пораненими становили 31 921 і 40 350 осіб відповідно. В перебігу кампанії загинули 174 журналісти, які висвітлювали конфлікт. За даними американської некомерційної організації National Priorities Project, війна обійшлася національному бюджету США більше ніж у 805 млрд доларів [4].

На початку АТО в Луганській і Донецькій областях великою була кількість смертей на полі бою — 1159 бійців (95 %). За офіційною статистикою Організації Об'єднаних Націй (ООН), в Україні за час конфлікту загинуло 5486 бійців і 12 972 було поранено. Серед поранень найбільше зустрічаються травми кінцівок (62,6 %) та голови (37,4 %). Очевидно, що кевларові шоломи ще недостатньо добре захищають бійців від мін та куль снайперів. Окрім того, часто трапляються комбіновані поранення. При медичній евакуації поранених автотранспортом нерідко автомобілі потрапляють під обстріл і перевертаються, а поранені бійці додатково отримують травми від наслідків аварії та обстрілу [5, 6, 15]. Окрім фізичних травм, бійці отримують ще й травми психологічні. Близько 80 % військовослужбовців і цивільного населення в зоні бойових дій мають психолого-психічні порушення — від бойової втоми до гострих психічних травм. Найбільший вражаючий фактор — це недосипання, і з цим важко боротися, оскільки особливо вночі відбуваються тривалі гарматно-мінометні обстріли як бойових позицій, так і населених пунктів із мирними мешканцями. За останні 5 місяців понад 900 осіб отримали психолого-психіатричну допомогу. Близько 9 % були виписані у здоровому психічному стані, а 10 % залишилися на лікуванні з психічними порушеннями. Львівський шпиталь прийняв 1339 поранених бійців. За час конфлікту загинуло 25 медичних працівників, серед яких 6 військових та 19 цивільних [1, 3, 8].

До шпиталів надходять військовослужбовці та цивільні особи, поранення яких більше ніж у 60 % становлять осколкові, отримані внаслідок обстрілів з «Градів» і мінометів. Ще близько 30 % — вогнепальні поранення, решта — опіки від застосування бойових засобів. Найбільше ушкоджуються кінцівки — близько 57 % поранень, серед них 39 % — поранення ніг [1, 3].

За інформацією ООН, із середини квітня 2014 р. до 27.03.2015 р. на Донбасі вбито 6083 осіб, 15 397

осіб зазнали поранень. Водночас в ООН припускають, що реальна кількість загиблих та поранених може перевищувати ці цифри. У своїх звітах ООН послуговується тільки відкритими даними, що оголошує влада України та Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Інформація стосовно кількості загиблих серед українських силовиків у зоні АТО змінюється дуже швидко. Так, 02.03.2015 р. у Генштабі ЗСУ повідомили, що на Донбасі загинув 1541 військовий, а 6226 — зазнали поранень. Вже 22.03.2015 р. у МО України заявили про 1750 загиблих військових. Швидко зміну у даних пояснюють процесом ідентифікації тіл загиблих. Багато загиблих бійців перебувають у списках зниклих безвісти. На 02.03.2015 р. у лавах ЗСУ та Національної гвардії 376 осіб перебувають у такому переліку (324 — ЗСУ, 52 — Нацгвардії). За час дії нових Мінських угод (від 15.02 до 02.04.2015 р.) загинуло 75 українських військових, близько 400 бійців поранено. Згідно з інформацією СБУ станом на початок квітня 2015 р., за час війни на Донбасі у полоні бойовиків побувало понад 2500 осіб, близько 400 українців досі перебувають у полоні. За інформацією ООН станом на 17.04.2015 р., в Україні налічують 1,198 млн переселенців із Донбасу, з яких 154 635 дітей. За цей час у нещасних випадках загинуло 65 дітей, а 174 зазнали поранень. За оцінками ООН, війна так чи інакше зачепила 5 млн осіб. Відновлення тільки звільнених територій Донбасу коштуватиме \$1,5 млрд, крім того, додатково необхідні витрати на утримання переселенців, допомогу постраждалим та родичам жертв війни [5, 9, 11, 13].

Окремі лікарі хірургічного профілю з власної ініціативи перейшли на роботу до районних лікарень зони бойових дій, до яких у першу чергу надходять поранені з поля бою. Практична робота в хірургічних відділеннях призвела лікарів до висновків, що надто важливим аспектом збереження життя поранених є навчання бійців наданню першої невідкладної медичної допомоги, тому частина лікарів стала інструкторами з тактичної медицини. Навчання бійців дуже важливе тому, що першим, хто опиниться поряд із пораненим і спромогнеться надати допомогу, буде такий же борець. Саме бійцю треба надати медичні знання, які допоможуть врятувати життя і самому собі, і пораненому поряд. За статистикою Міністерства оборони України, в ході бойових дій у зоні АТО загинуло близько 1000 українських військових, з яких кожного п'ятого-шостого можливо було врятувати при вмінні самих бійців надавати першу невідкладну медичну допомогу [5, 6, 14].

Військові медичні експерти ЗС США, за результатами оцінки санітарних втрат особового складу військ майже 20 років тому, дійшли висновку, що 90 % бійців в ході боїв помирали до зустрічі з військовим медиком. Натепер, за стандартами НАТО, кожен борець повинен бути навчений і зобов'язаний вміти надавати першу невідкладну медичну допомогу. На додаток до цього, у кожному військовому підрозділі ЗС США є декілька бійців-парамедиків, які вміють надати більш кваліфіковану і в більшому обсязі

першу невідкладну медичну допомогу, що дозволяє підтримати пораненому життєво важливі функції організму до прибуття військових медиків та евакуації до шпиталю. Застосування такої перевіреної у бойових діях військово-медичної технології у ЗС США з надання першої невідкладної медичної допомоги пораненим самими бійцями та бійцями-парамедиками, вмiла підтримка вітальних функцій організму на полі бою, своєчасна медична евакуація поранених за призначенням сприяли досягненню медичної і соціальної ефективності, що відбилося у показниках дуже низької летальності в історії бойових дій ЗС США — 9 загиблих на 100 поранених [9, 14, 15].

Розвідка Федеративної Республіки Німеччини оцінює ймовірну кількість загиблих в бойових діях, що розгорнулися на теренах Луганської і Донецької областей, у 50 000 осіб, що майже у десятеро перевищує дані про загиблих ЗСУ та ООН. На думку військових експертів, офіційні цифри загиблих занадто занижені та не заслуговують на довіру. Виступаючи напередодні Мюнхенської конференції, Президент України П. Порошенко заявив, що кількість загиблих становила 1200 військових і 5400 мирних мешканців. За даними ООН від 03.02.2015 р., жертвами бойових дій стали 5358 осіб, поранено понад 12 235 осіб [3, 5, 11].

За повідомленням головного лікаря СШМД м. Донецька, щоденно отримують поранення близько 20 мирних мешканців, які потрапляють під артилерійські та мінометні обстріли. Отримують поранення й медичні працівники, які виїжджають на виклики для надання ЕМД пораненим і хворим. На окупованій території Донецької області цілодобово працює 209 бригад СШМД [6].

Умови перебігу воєнних дій на сході України вимагають організації ЛЕЗ за евакуаційним типом, що зумовлено неможливістю здійснювати організацію та надання ЕМД достатньо великій кількості поранених і хворих, як військовослужбовців, так і цивільних осіб, у зоні постійного обстрілу системами залпового вогню, артилерією, танками, мінометами, стрілецькою зброєю, перш за все у зв'язку з підвищенням небезпеки повторного ураження ушкоджених, необхідністю забезпечити високу рухомість транспортних засобів медичних служб, збереження життя та безпеку медичних працівників. У зв'язку з цим виникла (особливо при великих санітарних втратах військ і цивільного населення) необхідність евакуації значної частини поранених і хворих до лікувально-профілактичних установ (ЛПУ), що розташовані не тільки в зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів, а й поза їх межами, тобто там, де можна створити належні умови для їх повноцінного лікування, що відповідає вимогам медичної науки та воєнно-медичної польової доктрини [2, 3, 6, 8].

Досвід медичного забезпечення збройних сил СРСР у період Радянсько-фінської війни (1939–1940) та Другої світової війни (1939–1945), а також досвід організації медичного забезпечення 40-ї армії ЗС СРСР під час війни в Афганістані (1979–1989)

та інших збройних конфліктів (Північний Кавказ, Чеченська Республіка) переконливо доводить, що добре і чітко організоване проведення ЛЕЗ є фактором, що значною мірою визначає ефективність діяльності ВМС щодо забезпечення бойових дій військ [2, 7, 12].

У наш час СМК, СШМД та ВМС ЗСУ повинні бути готовими до будь-якого розвитку воєнних подій. Значну увагу необхідно приділяти системі ЕМД і шпиталю СШМД, яких обмаль у зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях. Тому потрібно визначити міські та центральні районні лікарні, в яких багатопрофільність, особливо в хірургічному плані, є вагомим складовою, посилити їх обладнанням і кваліфікованими кадрами, перепрофілювати роботу приймальних відділень у приймально-сортувально-діагностичні відділення, щоб вони були цілодобово готові до масового прийому поранених бійців та цивільних мешканців. Приймально-сортувально-діагностичні відділення повинні бути гарантовано забезпечені обладнанням і медикаментами, перев'язувальним матеріалом і запасами кисню, що є першочерговим завданням у сучасній суспільно-політичній ситуації, в якій перебуває Україна. При посиленні бойових дій або виході їх за межі Східного регіону система охорони здоров'я України не зможе надати ЕМД відразу всім. СМК і СШМД, систему ЕМД, шпиталі інтенсивної терапії та багатопрофільні лікарні потрібно посилити, маючи на увазі ще й те, що нині служба СМК перебуває і працює в режимі незавершеного реформування. Планувалося, що в результаті реформатування малих лікарень (на 5–7 ліжок), що є економічно витратними й мають низький рівень медичної допомоги (відсутність лабораторії, рентген-кабінету, УЗД, лікарів-спеціалістів), вивільнені медичні працівники підсилять СМК і СШМД [1, 2, 5, 8, 15].

Виявляється, найважливіша та найочікуваніша допомога пораненим бійцям — це автомашини СШМД, але спеціалізований медичний транспорт на фронті — рідкість, а без нього медичні працівники СМК, СШМД та ВМС ЗСУ не в змозі надати ЕМД у золоту годину. Навіть зусилля медичної бригади, укомплектованої найкваліфікованішими медичними працівниками та за наявності в них комплексу реанімаційного обладнання і медикаментів, стають марними, якщо не має змоги евакуювати пораненого. Тільки при достатньому забезпеченні спеціалізованим медичним транспортом, обладнаним сучасною апаратурою, медичні бригади можуть своєчасно дістатися до поранених бійців або цивільних мешканців, стабілізувати їх стан, надати ЕМД і доставити до шпиталю. Тому проблема забезпечення СМК, СШМД та ВМС ЗСУ броньованим спеціалізованим медичним транспортом у зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях залишається актуальною і чекає на своє вирішення на державному рівні [5, 6, 9, 13].

Аналізуючи результати реформування системи ЕМД в Україні, можна погодитись, що вона функці-

онує, але робити висновок про високу ефективність ЕМД у випадках бойової політравми, при дорожньо-транспортних пригодах, масових медико-санітарних втратах при НС не можна. В першу чергу в зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях бракує броньованого спеціалізованого медичного транспорту з достатнім оснащенням, кваліфікованих медичних кадрів та повної укомплектованості медичних бригад. Згідно з чинним законодавством, лікарська бригада СШМД повинна складатися з лікаря, двох фельдшерів і водія, а фельдшерська — зі старшого фельдшера, медсестри і водія. Як мінімум — три особи. Натепер до 90 % фельдшерських бригад по всій Україні складаються з фельдшера і водія. Частково укомплектовані медичні бригади СШМД у неускладнених випадках у мирний час якимось справляються з наданням ЕМД, але в зоні бойових дій при наявності поранених бійців та мешканців своєчасне надання медичної допомоги неуккомплектованою лікарською або фельдшерською бригадою стає проблематичним [4–6, 9, 13].

Система етапного лікування з евакуацією за призначенням вимагає єдиної, з чітко визначеною алгоритмізацією воєнно-медичної польової доктрини, особливо для пересувних польових медичних закладів, які дозволяють здійснювати поза зоною бойових дій всю хірургічну допомогу з обов'язковою шпиталізацією поранених і хворих, яким вона життєво необхідна; шпиталізації поранених після хірургічних втручань; організованого забезпечення начальника медичної служби зони АТО, бойових дій та локальних воєнних конфліктів лікувальними закладами та транспортом для здійснення маневру; спеціалізації ліжкового фонду; відповідності складу ліжкового фонду за кількістю та структурою тилових етапів медичної евакуації потребам даного етапу ЛЕЗ. Без комплексу цих організаційно-медичних заходів не можна вважати повноцінною систему етапного лікування з «евакуацією за призначенням». Особливістю медичного забезпечення військовослужбовців і населення зони бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях слід визнати активну спільну участь одночасно військової медицини ЗСУ з формуваннями СМК і СШМД та волонтерів у наданні ЕМД пораненим внаслідок бойових дій. Система етапного лікування з евакуацією за призначенням передбачає швидку доставку поранених до шпиталю, де їм може бути надана кваліфікована і спеціалізована ЕМД, проводиться лікування до визначеного результату, пропускаючи при цьому проміжні етапи, з подальшим направленням до реабілітаційних центрів [2, 3, 11].

Досвід надання ЕМД пораненим військовослужбовцям і цивільному населенню зони бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях показує винятково велику залежність конкретних форм організації ЛЕЗ від бойової, тилової та медичної обстановки, достатньої кількості підготовленого кваліфікованого медичного персоналу, забезпеченості медичним, санітарно-

господарським та спеціальним майном, медичним броньованим автотранспортом і авіаційним транспортом. Така залежність у співвідношенні змісту й обсягу ЕМД на етапах медичної евакуації військовослужбовців і цивільного населення полягає в тому, що в польових умовах зони бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях обсяг медичної допомоги та вибір хірургічного втручання й лікування визначаються, головним чином, активністю бойових дій, кількістю поранених і хворих, їх станом, кількістю лікарів, особливо хірургів, наявністю автотранспортних засобів, використанням вцілілих місцевих ЛПУ, додатково розгорнутих лікувальних закладів і медичного оснащення, пори року і погодних умов. Отже, серйозним недоліком роботи військової і цивільної медичної служб у зонах бойових дій та локальних воєнних конфліктів є проблема своєчасної евакуації поранених і хворих, що, в свою чергу, призвело до пізнього їх надходження до ЛПУ, затримки з наданням кваліфікованої та спеціалізованої ЕМД [1, 8, 9, 13]. Однією з причин цього є невідповідність штатних евакуаційно-транспортних засобів характеру бойових операцій, санітарним втратам і через це — обсягів фактичної медичної евакуації. Недостатня рухомість сил і засобів військової та цивільної медичних служб, обмеженість у кількості спеціального медичного броньованого автотранспорту перешкоджає перегрупованню медичних формувань та закладів, виконанню ними оперативного маневру відповідно до бойової обстановки та кількості санітарних втрат. Суттєвою перешкодою для своєчасного надання ЕМД та евакуації поранених військовослужбовців ЗСУ і цивільних осіб є навмисне гальмування цього процесу особовим складом військових підрозділів бойовиків та збройних сил Російської Федерації, що є брутальним порушенням міжнародних угод та Гуманітарного права стосовно поранених [3, 9, 14, 15].

У наш час надання ЕМД та здійснення ЛЕЗ на передовій покладено на медичні служби бойових підрозділів, а також на мобільні лікарсько-сестринські бригади, які сформовані на базі військових шпиталів. Наступний рубіж ЛЕЗ — це чотири мобільні шпиталі, з яких два розгорнуті в зоні АТО, а два перебувають у резерві, в пунктах постійної дислокації [1, 2, 8].

Найближчими до зони АТО виявилися Харківський і Дніпропетровський шпиталі, на які зорієнтовані два лікувально-евакуаційні потоки, для чого розгорнуті два мобільні шпиталі в зоні бойових дій, які забезпечують евакуацію поранених із поля бою. Застосована організація ЛЕЗ виявила медичну ефективність. Рівень летальності на етапах медичної евакуації становив усього 0,8 %, що в три рази нижчий, ніж під час останньої війни США в Іраку, і такий же, як під час бойових дій США в Афганістані [7, 12, 13–15].

Актуальною у ЗСУ і зоні бойових дій залишається проблема зупинки кровотечі, особливо серед військовослужбовців. У ЗСУ від кровотечі загинуло

24 особи, але це не свідчить про те, що вони б вижили, якщо б на озброєнні був кровоспинний засіб, наприклад целлокс. При масивному розтрощенні тканин організму, особливо коли ушкоджується стегно, кровотечу дуже важко зупинити. Фахівцями військово-медичної служби проводиться аналіз і вирішується питання про ефективність окремих кровоспинних засобів та ліків, необхідних для зупинки кровотечі. Досвід військових лікарів НАТО призвів до висновку про негативний вплив кровоспинних засобів, що спричиняють опіки тканин організму. Замість цього в них діє правило золоті години — протягом години після накладення джгута поранений повинен потрапити до лікаря. В ЗСУ військові медики намагаються вирішити цю проблему у такий же спосіб: до кожної батальйонно-тактичної групи прикріплена мобільна лікарсько-сестринська бригада. Лікарі знаходяться разом із бійцями і практично відразу можуть надати ЕМД, у тому числі зупинити кровотечу [1, 2, 4, 14]. Різниця між організацією надання ЕМД у ЗСУ і НАТО полягає в тому, що у них лікар перебуває за 100 км від поля бою, і порятунок пораненого залежить від самого бійця і його товаришів. Оскільки медичне постачання ліками й перев'язувальними засобами не було достатнім, тим більше у війська не постачалися сучасні кровоспинні засоби, то військові лікарі ЗСУ, згідно з вимогами ЛЕЗ, перебували поряд із бійцями під час бойових дій [1, 3, 5, 6, 15].

Для забезпечення кваліфікованої, спеціалізованої та високоспеціалізованої ЕМД залучаються медичні установи Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та Академії медичних наук (АМН). Сьогодні всі найбільш кваліфіковані медичні працівники, включаючи вчених, надають медичну допомогу пораненим у 28 установах АМН. ЗСУ не вистачає броньованого санітарного автотранспорту і медичних гелікоптерів, залучення яких для реалізації своєчасної медичної евакуації в системі ЛЕЗ значно покращить надання ЕМД військовослужбовцям і цивільному населенню в зоні АТО [1, 5, 6].

До недоліків надання ЕМД пораненим військовослужбовцям і цивільним особам у зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях слід зарахувати необхідність повторного надання хірургічної допомоги пораненим, що обумовлено неможливістю проведення вичерпних хірургічних втручань у польових умовах зони бойових дій у вцілілих місцевих ЛПУ та розгорнутих пересувних шпиталях. Цьому перешкоджають не тільки умови воєнної обстановки, а й недостатня, в деяких випадках, кваліфікація хірургів, що певним чином пов'язано з брутальним нехтуванням протягом тривалого часу керівництвом держави, оборонного відомства та галузі охорони здоров'я постійною систематичною підготовкою медичних працівників (лікарів, фельдшерів, медичних сестер, студентів) у вищих медичних навчальних закладах додипломної і післядипломної освіти з питань військової медицини, суттєвим зменшенням кількості студентів на кафедрах військової медицини, ліквідацією кафедр

військової підготовки у вищих медичних навчальних закладах [4, 6, 7, 12].

Ускладнена організація ЕМД військовослужбовцям і цивільному населенню СМК і СШМД у зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях, оскільки діяльність служб, згідно з чинним законодавством, передбачена винятково в умовах мирного часу для ліквідації медико-санітарних наслідків НС та надання ЕМД, що потребує законодавчого та нормативно-правового вирішення на державному рівні. Тому актуальною проблемою виявляється наукове обґрунтування напрямів удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази, розробка проєктів правових актів, організаційно-правових засад й конкретних заходів державного управління СМК і СШМД для їх переорієнтації щодо діяльності як для ліквідації медико-санітарних втрат НС мирного часу, так і в умовах бойових дій та локальних воєнних конфліктів і співпраці з формуваннями військової медицини ЗСУ [2, 8].

У зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів відбувається руйнування житлових будинків, соціальної інфраструктури, систем життєзабезпечення, закладів охорони здоров'я (лікувальних, санітарно-епідеміологічних, аптечних), скорочення кількості медичних і фармацевтичних працівників внаслідок поранень, захворювань, загибелі та полишення зони збройного конфлікту. Ситуація, що склалася, унеможливило організацію й надання ЕМД військовослужбовцям і цивільному населенню медичними установами, СМК і СШМД на засадах роботи в повсякденних мирних умовах. В обставинах, що склалися в південно-східних областях України внаслідок збройної агресії Росії, істотне значення має об'єднання та співпраця СМК, СШМД та військової медицини ЗСУ для досягнення організаційного і медично-клінічного мультиплікаційного ефекту в організації та наданні ЕМД військовослужбовцям і цивільному населенню [8, 9, 13, 14].

Висновки

1. Велика напруженість, рішучість, значний просторовий розмах воєнних дій у Луганській і Донецькій областях значно збільшують величину безповоротних та санітарних втрат не тільки військ, а й цивільного населення. Особливості сучасної війни спричиняють не тільки збільшення величини та ускладнення структури медико-санітарних втрат, але й збільшення частки смертельно поранених.

2. Поранення військовослужбовців і цивільних осіб більше ніж у 60 % є осколковими, отримані внаслідок обстрілів, близько 30 % — це вогнепальні поранення, решта — опіки від застосування бойових засобів. Найбільше ушкоджуються кінцівки — близько 57 % поранень, серед них 39 % — поранення ніг.

3. Актуальною у зоні бойових дій залишається проблема своєчасної зупинки кровотечі у військовослужбовців і цивільного населення. Важливим аспектом збереження життя поранених бійців і ци-

вільного населення є їх навчання наданню першої невідкладної медичної допомоги.

4. Наявність великої кількості потенційно небезпечних об'єктів у Луганській і Донецькій областях створює реальну загрозу виникнення джерел техногенних НС внаслідок їх руйнування при бойових діях.

5. Особливістю організації та надання ЕМД у дошпитальний і шпитальний періоди як цивільними установами галузі охорони здоров'я країни, так і військово-медичними закладами ЗСУ на етапах ЛЕЗ є одночасне виникнення санітарних втрат внаслідок поранення під час бойових дій та техногенних надзвичайних ситуацій у результаті руйнування ПНО.

6. Умови перебігу воєнних дій на Сході України вимагають організації ЛЕЗ за евакуаційним типом, що зумовлено неможливістю здійснювати організацію і надання ЕМД достатню великій кількості поранених і хворих, як військовослужбовців, так і цивільних осіб, у зоні постійного обстрілу, а також необхідністю збереження життя та безпеки медичних працівників. Захист медичного персоналу при виконанні професійних обов'язків є важливим елементом організації та надання ЕМД у зоні бойових дій.

7. Серйозним недоліком роботи військової і цивільної медичної служб у зонах бойових дій та локальних воєнних конфліктів є проблема своєчасної евакуації поранених і хворих, що призводить до пізнього їх надходження до ЛПУ, затримки з наданням кваліфікованої та спеціалізованої ЕМД. Однією з причин цього є невідповідність штатних евакуаційно-транспортних засобів характеру бойових операцій, санітарним втратам і обсягам фактичної медичної евакуації.

8. В зоні бойових дій та локальних воєнних конфліктів у Луганській і Донецькій областях бракує броньованого спеціалізованого медичного транспорту з достатнім оснащенням, кваліфікованих медичних кадрів та повної укомплектованості медичних бригад. Залучення санітарного авіаційного транспорту для своєчасної медичної евакуації в системі ЛЕЗ значно покращить надання ЕМД військовослужбовцям і цивільному населенню в зоні АТО.

9. Необхідно визначити міські й центральні районні лікарні, в яких багатопрофільність, особливо в хірургічному плані, є вагомою складовою, посилити їх обладнанням і кваліфікованими кадрами, перепрофілювати роботу приймальних відділень у приймально-сортувально-діагностичні відділення.

10. До недоліків надання ЕМД пораненим військовослужбовцям і цивільним особам у зоні бойових дій слід зарахувати необхідність повторного надання їм хірургічної допомоги, що обумовлено неможливістю проведення вичерпних хірургічних втручань у польових умовах зони бойових дій у вцілілих місцевих ЛПУ та розгорнутих пересувних шпиталях.

11. Суттєвим недоліком вищої медичної освіти в Україні є нехтування протягом тривалого часу керівництвом держави, МО та МОЗ постійної сис-

тематичною підготовкою медичних працівників (лікарів, фельдшерів, медичних сестер, студентів) у ВМНЗ додипломної і післядипломної освіти з питань військової медицини, значного зменшення кількості студентів на кафедрах військової медицини, ліквідація кафедр військової підготовки.

12. Актуальною проблемою залишається наукове обґрунтування напрямів удосконалення законодавчої та нормативно-правової бази, розробки проєктів правових актів, організаційно-правових засад і конкретних заходів державного управління СМК і СШМД для їх переорієнтації на ліквідацію медико-санітарних втрат НС мирного часу і в умовах бойових дій та співпраці з формуваннями військової медицини ЗСУ.

Список літератури

1. Андронатий В. 80 % раненых солдат из зоны АТО имеют психологические нарушения / В. Андронатий // Новое время. — 2014. — № 22. Режим доступу: <http://nv.ua/publications/naukavyzhivat-16240.html>
2. Бадюк М.І. Військово-медична підготовка: підручник / М.І. Бадюк, В.П. Токарчук, В.В. Солярник та ін. / За ред. М.І. Бадюка. — К.: МП «Леся», 2007. — 484 с.
3. Булах О.Ю. Аналіз надання першої допомоги на полі бою в сучасному воєнному конфлікті / О.Ю. Булах // Зб. наук. праць УВМА МО України. — К., 2006. — Вип. 16. — С. 349-354.
4. Війна в Іраку. Режим доступу: <http://uk.wikipedia.org/wiki>
5. Війна на Донбасі у цифрах: тисячі жертв, мільйон переселенців та мільярдні збитки. Режим доступу: <http://tyzhden.ua/News/134646/>
6. Главврач «скорой»: ежедневно в ДНР получают ранения около 20 мирных жителей, в том числе и медики. Режим доступу: http://www.rusdialog.ru/news/15762_1423553742
7. Гуманенко Е.К. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе: первая, доврачебная и первая врачебная помощь в зоне боевых действий (Сообщение второе) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов, К.П. Головки // Военно-медицинский журнал. — 2005. — № 3. — С. 4-13.
8. Котуза А.С. Основы разработки концепції медичного забезпечення військ (сил) Збройних сил України на засадах ризикорієнтованого підходу / А.С. Котуза // Зб. наук. праць УВМА МО України. — К., 2006. — Вип. 16. — С. 365-374.
9. Курдиль Н.В. Экстренная медицинская помощь при острых отравлениях у взрослых: практические рекомендации для догоспитального этапа / Н.В. Курдиль, И.С. Зозуля, О.В. Иващенко // Український медичний часопис. — 2014. — № 1(99). — С. 128-131.
10. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. / Под общей ред. Э.А. Нечаева. — М.: Воениздат, 1993. — Т. 1. — 341 с.; Т. 2. — 415 с.
11. Реальные потери никому неизвестны. Режим доступу: http://monavista.ru/news/realnye_poteri_nikomu_neizvestny/
12. Синопальников И.В. Санитарные потери Советских войск во время войны в Афганистане (Сообщение первое) / И.В. Синопальников // Военно-медицинский журнал. — 1999. — № 11. — С. 4-10.
13. Спасение жертв противостояния в Киеве: очерки военно-городской медицины // Український медичний часопис. — 2014. — № 1(99). — С. 4-7.
14. Струк Е. Волонтеры переводят медслужбу армии на стандарты НАТО / Е. Струк // Фокус. — 2015. Режим доступу: <http://focus.ua/society/323340/>
15. Сучасна бойова травма: найчастіше бійці АТО страждають від поранення кінцівок та голови. Режим доступу: <http://galinfo.com.ua/news/185032.html>

Отримано 09.09.15 ■

Кочин И.В.

ГУ «Запорожская медицинская академия
последипломного образования МЗ Украины»,
кафедра гражданской обороны и медицины катастроф

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ И ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В ЗОНЕ ПРОВЕДЕНИЯ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Резюме. Проанализированы материалы официальной статистики и экспертных выводов относительно безвозвратных и санитарных потерь среди военнослужащих и мирного населения; определены организационные и методологические основы совершенствования совместной деятельности медицинской службы Вооруженных сил Украины (ВСУ) с формированиями Службы медицины катастроф и Службы скорой медицинской помощи и волонтеров в предоставлении экстренной медицинской помощи (ЭМП) раненым в зоне боевых действий. Согласно официальной статистике, соотношение количества убитых украинских бойцов к раненым в зоне боевых действий составляет 1 : 3,8. Среди ранений больше всего встречаются травмы конечностей (62,6 %) и головы (37,4 %). В больницы поступают военнослужащие и гражданские лица, ранения которых более чем в 60 % являются осколочными. Еще около 30 % — это огнестрельные ранения, остальные — ожоги от применения боевых средств. Больше всего повреждаются конечности — около 57 % ранений, из них 39 % — ранения ног. Около 80 % военнослужащих и гражданского населения в зоне боевых действий имеют психолого-психические нарушения — от боевой усталости до острых психических травм. Значительная часть военнослужащих попала в зону боевых действий, не зная элементарных правил и не имея навыков оказания первой медицинской помощи. Опыт оказания ЭМП раненым военнослужащим и гражданскому населению зоны боевых действий доказывает большую зависимость конкретных форм организации лечебно-эвакуационного обеспечения от боевой, тыловой и медицинской обстановки, достаточного количества подготовленного квалифицированного медицинского персонала, обеспеченности медицинским, санитарно-хозяйственным и специальным имуществом, медицинским бронированным автотранспортом и авиационным транспортом. В настоящее время, по стандартам НАТО, каждый боец ВСУ должен быть обучен первой неотложной медицинской помощи и обязан уметь оказывать ее. В каждом военном подразделении должны быть подготовлены несколько бойцов-парамедиков, умеющих оказать более квалифицированную и в большем объеме первую неотложную медицинскую помощь, что позволяет поддержать раненому жизненно важные функции организма до прибытия военных медиков и эвакуации в госпиталь.

Ключевые слова: медико-санитарные потери, экстренная медицинская помощь, боевые действия.

Kochin I.V.

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

PECULIARITIES OF HEALTH LOSSES AND ORGANIZATION OF EMERGENCY MEDICAL CARE TO THE POPULATION AND MILITARY IN THE AREA OF ANTITERRORIST OPERATION

Summary. The article analyzes materials of official statistics and expert conclusions on the irrevocable and health losses among troops and civilians, defines organizational and methodological basis for improvement of joint activity of the Medical Service of the Armed Forces of Ukraine with the units of Disaster Medicine Service and Emergency medical service and volunteers in providing emergency medical care (EMC) to the wounded in the combat zone. According to official statistics, the ratio of dead Ukrainian soldiers to the wounded in a combat zone is 1 : 3.8. Among the injuries, most common are limb injuries — 62.6 % and head injuries — 37.4 %. The hospitals admit military personnel and civilians with shrapnel wounds in more than 60 % of cases. Other approximately 30 % are gunshot wounds, the rest — burns due to the use of combat means. Limbs get the most injuries — about 57 % of wounds, of which 39 % — injured legs. About 80 % of soldiers and civilians in the combat zone have psychological and mental health problems — from combat fatigue to severe psychological trauma. A large part of the military got into a war zone without knowing the basic rules and skills in first aid. Experience in providing EMC to the wounded soldiers and civilians in a combat zone shows a large dependence of specific forms of organization of medical evacuation support on combat, logistics and medical conditions, a sufficient number of trained, qualified medical personnel, provision of medical, sanitary, economic and special property, medical armored vehicles and air transport. Currently, according to NATO standards, every soldier of the Armed Forces of Ukraine should be trained and must be able to provide first emergency medical care. Each military unit should prepare several combat paramedics who can provide more qualified first emergency medical care in a greater volume, which enables to maintain body vital functions of the wounded until the arrival of military medics and evacuation to hospital.

Key words: health losses, emergency medical care, military operations.