

М.О. СТРЕЛЬНИКОВ¹, М.І. БАДЮК¹, А.А. ГУДИМА², М.М. ГОРОБЕЦЬ³

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ЗБРОЙНИХ СИЛАХ УКРАЇНИ

¹Українська військово-медична академія, м. Київ

²ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

³Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: розглянути ситуацію щодо організації екстреної медичної допомоги у військових підрозділах, її співвідношення з вимогами Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та вжиття практичних заходів щодо розбудови сучасної системи екстреної медичної допомоги Збройних Сил України.

Матеріали і методи. Матеріалом для дослідження стали нормативні документи щодо організації медичного забезпечення МОЗ та МО України, відкриті джерела, присвячені проблематиці та аспектам організації екстреної медичної допомоги.

Результати. Аналіз організації медичного забезпечення Збройних Сил України, особливо у перший рік проведення АТО на сході України, виявив цілу низку недоліків організаційного, логістичного та загальномедичного характеру. Події на сході країни спонукають до дієвих заходів щодо формування зрозумілих принципів медичної логістики, впровадження сортування на всіх рівнях медичної евакуації, використання усіх наявних можливостей, у тому числі цивільної охорони здоров'я, задля забезпечення своєчасності надання екстреної медичної допомоги військовослужбовцям. Поєднання ресурсів цивільної та військової ланок охорони здоров'я на єдиних принципах надання екстреної медичної допомоги, визначених Законом України «Про екстрену медичну допомогу», дозволить сформувати дієву загальнодержавну систему надання екстреної медичної допомоги.

Висновки. Необхідною умовою покращення медичного забезпечення військовослужбовців є створення системи екстреної медичної допомоги у Збройних Силах України.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: система екстреної медичної допомоги, догоспітальний етап, госпітальний етап, травматологічна допомога, військовий медичний підрозділ.

Під час роботи над Законом України «Про екстрену медичну допомогу» та його нормативним забезпеченням неодноразово підкреслювалось, що загальнодержавна система екстреної медичної допомоги України є складовою національної безпеки країни. Але доки держава не постала перед зовнішньою військовою агресією та не відчувала реальну загрозу втрати своєї незалежності, ми не в змозі були збагнути реального стану національної безпеки держави. Безперечно, стан медичної організації країни та гарантування своєчасності та якості отримання медичної допомоги людині у невідкладному стані є лакмусовим папірцем готовності держави до роботи в умовах глобальних катастроф або збройних конфліктів, зрілості державних інституцій.

«Перший дзвінок» щодо наявності проблем в організації медичного забезпечення масових заходів, яке відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2012 року № 1116 «Про затвердження Типового положення про центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» належить до функцій екстреної медичної допомоги, прозвучав іще у 2002 році на Сквиливському аеродромі. На жаль, ці сумні події відбувалися саме за участі та під безпосереднім

керівництвом людей у погонах. Події під стінами Верховної Ради України вже у 2015 році, під час голосування за зміни до Конституції, тільки підтвердили наявність цих проблем та констатували відсутність узгоджених міжвідомчих алгоритмів такої діяльності. Зауважимо, що держава мала позитивний досвід планування безпеки масових заходів, у тому числі медичної її складової, під час проведення в Україні ЄВРО-2012.

Для того, щоб довести, що на момент початку збройного конфлікту на сході країни в Україні вже існував чіткий алгоритм дії в умовах надзвичайної ситуації, яким *de facto* є будь-який збройний конфлікт, слід навести уривок з концепції медичного забезпечення ЄВРО-2012. Заради справедливості слід зазначити, що до розробки цих заходів залучалися спеціалісти, які не один рік працюють у системі екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф та безпосередньо брали участь у ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій, у тому числі за межами нашої держави. Для зручності сприйняття наведеного матеріалу винесено «за дужки» деякі специфічні для організації спортивних заходів терміни:

«Для медичного забезпечення під час проведення фінальних ігор визначається медичний ко-

ординатор у місцях великого скупчення людей, здійснюються заходи з медичного реагування, визначені у спеціально затверджених планах.

У будівлі стадіону облаштовуються не менше двох пунктів медичної допомоги. Персонал пункту медичної допомоги включає одного лікаря, двох фельдшерів або двох медсестер, двох санітарів. Пункти медичної допомоги забезпечуються таким обладнанням: апарат для вимірювання артеріального тиску, кардіомонітор (кардіограф), дефібрилятор, інтубаційний набір, апарат дихальний ручний, відсмоктувач з електроприводом портативний, балон кисневий з редуктором, валіза-укладка реанімаційна з лікарськими засобами, комірці фіксуючі, дошки транспортувальні, два ліжка, комплект білизни, крісло-каталка, засоби зв'язку.

В межах завдання «Уніфікація порядку медичного забезпечення в обох країнах-організаторах ЄВРО-2012» з урахуванням переданих від польської сторони стандартів оснащення медичних пунктів, пішохідного патруля стадіону, фан-зони та лікаря стадіону для заходів чемпіонату Євро-2012, МОЗ наказом від 16.06.2011 №357 затвердило рекомендовані таблиці оснащення медичних пунктів та медичних груп під час проведення заходів Євро-2012.

На стадіоні утворюються медичні групи, до складу яких входять медичні та немедичні працівники (волонтери) з розрахунку один працівник на 2 тис. глядачів.

Для надання екстреної допомоги та госпіталізації хворих і постраждалих із спортивних об'єктів організовується чергування бригад швидкої медичної допомоги. Після матчів бригади залишаються на стадіоні до повного звільнення його глядачами.

Кількість автомобілів швидкої медичної допомоги, дислокованих поблизу стадіонів, становить як мінімум для футбольних команд – один автомобіль окремо на кожну команду, особливо важливих призначених осіб – один автомобіль,

уболівальників – один автомобіль на 10 тис. присутніх на стадіоні осіб.

Госпіталізація здійснюється за встановленими маршрутами до базових лікарень, а у разі потреби – в інші визначені заклади охорони здоров'я.

Забезпечується постійний зв'язок за допомогою технічних засобів та із залученням кур'єрів між усіма медичними групами, пунктами медичної допомоги та бригадами швидкої медичної допомоги, що перебувають на території стадіону. Забезпечується радіо- і телефонний зв'язок з лікарнями та з групою медичного забезпечення приймаючого міста.

Факт надання медичної допомоги фіксується в журналі прийому амбулаторних хворих у медичних пунктах, картці виїзду бригади швидкої медичної допомоги. У приймальних відділеннях лікарень інформація про кожну особу, що госпіталізована, вноситься до журналу прийому хворих (у паперовому та електронному вигляді), оформляється історія хвороби. Дані про амбулаторних хворих вносяться до відповідного журналу, що зберігається в приймальному відділенні.

Усі картки виїзду швидкої медичної допомоги зберігаються один рік, а журнали – три роки з дня закінчення чемпіонату.

Прогнозована кількість осіб, що потребують медичного обслуговування при виникненні надзвичайної ситуації в місцях проведення фінальних ігор, становить близько 2 відсотки загальної місткості спортивних споруд. З урахуванням наведеного визначається планова потреба в наданні догоспітальної і госпітальної допомоги, формується догоспітальна структура, передбачається надання необхідної подальшої медичної допомоги пацієнтам у базових лікарнях та інших закладах охорони здоров'я.

Особи, що потребують медичної допомоги, поділяються за категоріями, кожній з яких відповідає певний колір:

Категорія (відповідний колір)	Стан особи	Медичний висновок
I (червоний)	під загрозою життя	надання негайної медичної допомоги
II (жовтий)	тяжко поранена або хвора	надання медичної допомоги
III (зелений)	легко поранена або хвора	подальше (амбулаторне) лікування
IV (темно-фіолетовий/ чорний)	немає шансів на життя	догляд
	труп	ідентифікація

Визначення стану і відносний поділ потерпілих осіб, що потребують медичної допомоги, за категоріями здійснюється з урахуванням рівня складності надзвичайної ситуації.

Відносний розподіл потерпілих за категоріями класифікації:

Категорія (відповідний колір)	Планова складова (відсотків)	Кількість осіб			
		до 50	до 100	до 250	Більше за 1000
I (червоний)	20	10	20	50	200
II (жовтий)	40	20	40	100	400
III (зелений)	20	10	20	50	200
IV (темно-фіолетовий/ чорний)	20	10	20	50	200

Пункти збору та першого сортування потерпілих розташовуються якнайближче від місця події. У зв'язку з недостатньою кількістю медичного обладнання у пунктах медичної допомоги утворюється лікувальний стаціонар, у якому забезпечується надання медичної допомоги пацієнтам I категорії.

Лікувальний стаціонар – це медичне формування із спеціальною структурою, що розміщується якнайближче від місця події. Лікувальний стаціонар утворюється в тих випадках, коли на місці необхідно провести термінові медичні заходи (лікування, повторне сортування) за наявності великої кількості постраждалих.

У лікувальному стаціонарі працюють медичні працівники різного рівня кваліфікації, лікарі швидкої допомоги, асистенти рятувальників, помічники для проведення реєстрації постраждалих, надання допомоги в транспортуванні, а також установа технічного устаткування (освітлення, обігрів, налагодження зв'язку тощо).

У лікувальному стаціонарі проводяться термінові медичні заходи із стабілізації стану потерпілих та підготовки їх до транспортування до базових лікарень та інших закладів охорони здоров'я, а також може проводитися повторне диференційоване сортування пацієнтів. Під час сортування потерпілим, як правило, одягають на праву руку відповідні кольорові браслети, про що робиться запис в медичній карті потерпілого.

Крім того, визначається, чи є можливість стабілізувати стан потерпілого після проведення індивідуального лікування і перевести його до іншої категорії. Для розміщення лікувального стаціонару використовується стаціонарна будова або санітарний намет. У виняткових випадках допускається розміщення лікувального стаціонару під відкритим небом. Лікувальний стаціонар повинен розміщуватися якнайближче від місця події, але в безпечній зоні. При виборі місця враховується можливість того, що може несподівано змінитися ситуація. Територія лікувального стаціонару розподіляється на відповідні зони.

Керування лікувальним стаціонаром здійснює досвідчений лікар за спеціальністю «медицина невідкладних станів», асистенти якого виконують функцію керування потоками потерпілих. Залежно від кількості потерпілих організовуються додаткові рівні керування.

Пацієнтам I категорії, життя яких перебуває під загрозою, екстрена допомога надається в лікарні. Після надання першої допомоги за життєвими показаннями пацієнти такої категорії в першу чергу доставляються до приймальних відділень (відділень невідкладної допомоги) базових лікарень для проведення подальшого лікування.

Пацієнти II категорії одержують невідкладну допомогу в лікувальному стаціонарі до стабіліза-

ції їх стану і підлягають подальшому транспортуванню.

Доставка пацієнтів до пункту збору та першого сортування потерпілих і до санітарного транспортного засобу забезпечується з максимальною економією сил персоналу. Крім носі для транспортування пацієнтів, використовуються пересувні носі на коліщатах, які може переміщати один санітар.

Легкопоранені пацієнти III категорії і постраждалі без тілесних ушкоджень розміщуються в окремому приміщенні лікувального стаціонару групами (для транспортування в автобусах) для подальшого перевезення в окремо обладнані місця збору легкопоранених (наприклад, школи), в яких їм надається амбулаторна медична допомога середнім медичним персоналом, а також у разі потреби психологічна допомога з подальшим перевезенням для лікування у відповідні медичні заклади.

У лікувальному стаціонарі обладнується місце для постраждалих IV категорії.

Якщо пацієнти потрапили під вплив шкідливих речовин, у лікувальному стаціонарі проводиться дезінфекція (деконтамінація).

У разі необхідності надання психосоціальної підтримки передбачається застосування у комплексі всіх визначених методів втручання, зокрема таких, як короткострокове обслуговування, психологічна, психіатрична, духовна та психотерапевтична допомога постраждалим, родичам, членам родин загиблих, а за потреби – медичному і немедичному персоналу.

Пацієнтів I категорії, що підлягають перевезенню, завантажують у санітарні транспортні засоби, які розташовуються на окремому майданчику поблизу від місця події.

У разі обмеження площі майданчика санітарні транспортні засоби розташовуються на спеціальній стоянці і під'їжджають за викликом для прийому постраждалих. За наявності місця може бути обладнаний також спеціальний майданчик для посадки рятувальних вертольотів.

Залежно від ситуації та у разі потреби передбачається облаштування додаткових окремих зон, зокрема інфекційної зони або зони для дезінфекції (деконтамінації).

У безпосередній близькості від лікувального стаціонару планом медичного реагування передбачається обладнання приміщення для загиблих. З цією метою використовується стаціонарна будівля або санітарний намет. У виняткових випадках така зона облаштовується під відкритим небом, за можливості на огороженій і закритій від огляду території.

У разі масового ураження на місці події складаються списки всіх потерпілих, які передаються до оперативного підрозділу координатора з медичних питань»[5].

І це тільки невеличкий уривок із значної проведеної роботи. Проаналізувавши усі планові заходи медичного характеру, які було виконано під час підготовки до ЄВРО-2012 та позиціонувавши їх у медичну ситуацію в зоні АТО на сході України, стає зрозумілим, що впровадження вже напрацьованих медичною службою, зокрема системою екстреної медичної допомоги, фактичних алгоритмів дії дозволило б уникнути необґрунтованої кількості помилок та значних людських втрат. Проте ми кожен раз стаємо «першопрорідцями», нехтуючи своїм власним досвідом та напрацюваннями.

Але тим і відрізняється Homo sapiens від своїх попередників, що має визнавати помилки, робити з них висновки та вживати заходів щодо неповторення помилок у майбутньому.

Мета дослідження: розглянути ситуацію з організацією екстреної медичної допомоги у військових підрозділах, її співвідношення з вимогами Закону України «Про екстрену медичну допомогу» та вжиття практичних кроків щодо розбудови сучасної системи екстреної медичної допомоги Збройних Сил України.

Матеріали і методи. Матеріалом для дослідження стали нормативні документи щодо організації медичного забезпечення МОЗ та МО України, відкриті джерела, присвячені проблематиці та аспектам організації екстреної медичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення. Організація медичного забезпечення військ протягом останніх років незалежності здебільшого ґрунтувалася на досвіді Другої світової війни та Афганської кампанії. Проте життя, як і організація медичного забезпечення, змінюється набагато швидше, ніж темпи реалізації сучасних реформ в українському військовому медичному середовищі. Сьогодні виставило медичній службі Збройних Сил України неабиякий людський рахунок та вимогу щодо кардинальних змін до організації надання медичної допомоги, перш за все екстреної медичної допомоги, як на полі бою, так і на наступних етапах лікування важкопоранених та формування чітких правил та етапності медичної логістики.

Для чіткого розуміння напрямків руху реформ виникає необхідність аналізу сучасних принципів організації надання екстреної медичної допомоги у розвинених державах, як на до госпітального, так і на госпітальному етапах. Якщо у випадку догоспітального етапу Україна вже має напрацьовану у вигляді профільного Закону України «Про екстрену медичну допомогу», низки підзаконних актів та майже трирічний досвід реформування, то госпітальний етап до сьогодні практично не зазнав змін, що зумовило проблеми саме у багатопрофільних лікарнях та госпіталах під час організації допомоги важко травмованим військовослужбовцям із зони проведення АТО. Відсутність відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги у

складі багатопрофільних лікарень, як і не створені «лікарні інтенсивного лікування», стали головною проблемою для формування ефективних маршрутів травмованих пацієнтів.

Прикладом ефективного функціонування госпітальної мережі при наданні медичної допомоги важкотравмованим є формування травматологічної мережі на принципах, викладених у «Білій книзі лікування важкопоранених», виданій Німецьким товариством травматологічної хірургії. Саме за цими принципами у Німеччині протягом 2006 року було проведено формування мережі закладів охорони здоров'я травматологічного профілю.

Стаціонарні заклади охорони здоров'я, як частини травматологічної медичної мережі для лікування тяжко постраждалих, було розділено на три рівні надання медичної травматологічної допомоги:

III рівень – травматологічні центри для надання базової медичної допомоги;

II рівень – регіональні травматологічні центри;

I рівень – надрегіональні травматологічні центри.

Принципове завдання Центру травми для надання базової медичної допомоги полягає у невідкладному лікуванні важко травмованих пацієнтів із метою зняття загроз життю пацієнта та створення умов для подальшого транспортування на вищий рівень.

Основне завдання регіональних травматологічних центрів полягає у забезпеченні в цілодобовому режимі своєчасної діагностики кровотеч різної локалізації, що загрожують життю, а також наданні допомоги при ушкодженні кінцівок. Як правило, у регіональних центрах пацієнт завершує лікування або за наявності показань переводиться на вищий рівень.

Надрегіональні травматологічні центри – це складова багатопрофільних клінік. Основним завданням центрів є комплексне лікування важко травмованих пацієнтів у цілодобовому режимі як за екстреними показаннями, так і у плановому порядку.

Передумовою для 3-ступеневого розділення є структурне поєднання, обмін інформацією і тісна кооперація при лікуванні тяжко поранених пацієнтів у травматологічній мережі [1].

На сьогодні у Німеччині 115 травматологічних центрів належать до I рівня та надають максимальне лікування, 214 – спеціалізовані центри другого рівня, 429 – базові центри стаціонарного лікування тяжкопоранених.

Після впровадження вищезазначеної системи у Німеччині частота виживання тяжко постраждалих від нещасних випадків за останні 10 років збільшилась з 63% до 78%.

Аналіз якості лікування тяжко постраждалих пацієнтів у США, Канаді та Італії показав, що завдяки введенню регіональності травматологічної допомоги кількість смертельних випадків при лікуванні тяжко поранених пацієнтів зменшилась на 50%, а найбільш тяжко постраждалих – на 20% [1].

Водночас слід зазначити, що участь німецького військового контингенту в операції НАТО на території Афганістану спонукала до кардинальних рішень щодо підвищення рівня підготовки військових медиків Бундесверу шляхом їх залучення до загальнодержавної системи надання екстреної медичної допомоги. Так, усі військові шпиталі у Німеччині мають приймати не менше 30% цивільного населення з травмами різного ґенезу на страховій або платній основі задля отримання постійного практичного медичного досвіду. Окрім цього, військові медичні гелікоптери цілодобово забезпечують чергування медичного персоналу з надання екстреної медичної допомоги постраждалим. Тобто військова медицина є невід'ємною складовою загальнодержавної системи надання екстреної медичної допомоги. Так само усі принципи організації надання екстреної медичної допомоги постраждалим притаманні і військовій медицині.

На підтримку таких заходів можна навести уривок із основного бойового статуту сухопутних військ Бундесверу HDv 100/100: «Ніщо так негативно не впливає на морально-психологічний стан солдатів у бою, як відсутність своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги пораненим». За це можна голосувати із закритими очима.

Повертаючись до заходів медичного забезпечення ЄВРО-2012, слід звернути увагу на те, що однією з вимог до підготовки медичного персоналу, який брав участь у медичному забезпеченні вболівальників та членів команд, є наявність спеціалізації з медицини невідкладних станів. Разом з тим до виконання патронажних медичних функцій окрім середнього медичного персоналу залучались волонтери з числа студентів вищих медичних навчальних закладів та добровільні помічники, які проходили відповідний відбір та навчання. Різноманітність підходів щодо кадрової політики медичного забезпечення була викликана перш за все вимогами УЄФА на підставі загальносвітових тенденцій забезпечення масових заходів та принципів роботи в умовах ліквідації медичних наслідків надзвичайних ситуацій.

Привертає увагу той факт, що буквально на перших рядках заходів із медичного забезпечення йдеться про діяльність міжвідомчих медичних координаторів, що, до речі, необхідно робити вже на рівні планування медичного забезпечення тієї чи іншої події, у тому числі й медичного забезпечення бойових дій на сході країни.

Відсутність військових медиків-координаторів у департаментах охорони здоров'я Луганської та Донецької областей призводить до неузгодженості

у діях військових та цивільних медиків. Відсутність комунікації перешкоджає вчасності залучення усіх наявних ресурсів, формуванню раціональних «маршрутів пацієнтів» залежно від ступеня важкості та клінічних ознак.

Окремо слід зазначити, що на сьогодні більшість військових медиків має спеціалізацію «Загальна практика», що не відповідає переліку питань, які має вирішувати військовий лікар, особливо в умовах бойових дій. Перелік маніпуляцій, якими повинен володіти військовий медик, більше підходить під спеціалізацію «Медицина невідкладних станів», яка має стати головною спеціалізацією для лікарів і фельдшерів Збройних Сил України. Для прикладу можна навести практику армії Ізраїлю, де усі військові медики мають обов'язково пройти курси ATLS (Advanced Trauma Life Support), незалежно від основної спеціалізації [2]. Як відомо, розбудова медичної служби армії Ізраїлю, як і система екстреної медичної допомоги, є одними з найефективніших у світі. В основі успішності цих систем полягає врахування усіх медичних ресурсів держави та підпорядкування їх одній меті – надання вчасної допомоги постраждалій особі, незалежно від того, цивільна вона чи військова.

Висновки

1. Необхідною умовою покращення медичного забезпечення військовослужбовців є створення системи екстреної медичної допомоги у Збройних Силах України.

2. Враховуючи специфіку роботи військових медиків та необхідність володіння навичками надання медичної допомоги людині, яка перебуває у невідкладному стані, доцільне проходження усім медичним персоналом військових медичних підрозділів спеціалізації за напрямком «Медицина невідкладних станів» з обов'язковим курсом ATLS.

3. Формування госпітальної військово-медичної мережі необхідно здійснювати за принципами травматологічних центрів трьох рівнів та формуванням відповідних маршрутів пацієнтів з урахуванням клінічного стану травмованого військово-службовця.

4. Важливою умовою покращення надання медичної допомоги важкопораненим є створення в госпіталях відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Перспективи подальших досліджень. У перспективі необхідно вивчити досвід надання екстреної медичної допомоги пораненим на етапах евакуації, який ляже в основу розробки концепції системи екстреної медичної допомоги у Збройних Силах України.

Список літератури

1. Біла книга лікування тяжко поранених : рекомендації відносно структури, організації та устаткування для лікування тяжко поранених в Федеративній Республіці Німеччини / Німецьке товариство травматологічної хірургії. – Берлін, 2006.
2. Захар Гельман Медицинская служба ВС Израиля : независимое военное обозрение; интернет-версия, 17.05.2013, 00.01.00.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII (із змінами) // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1993. – № 4. – Ст. 19.
4. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05.07.2012 року № 5081-VI // Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2013. – № 30. – Ст. 340.
5. Про схвалення Концепції медичного забезпечення під час підготовки та проведення в Україні фінальної частини чемпіонату Європи 2012 року з футболу : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.05.2009, № 563-р [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/563-2009-p>. – Назва з екрану.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ УКРАИНЫ

М.А. Стрельников¹, М.И. Бадюк¹, А.А. Гудима², М.М. Горобец³

¹Украинская военно-медицинская академия, г. Киев

²ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины"

³Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Цель: рассмотреть ситуацию относительно организации экстренной медицинской помощи в военных подразделениях, ее соотношение с требованиями Закона Украины «Про екстрену медичну допомогу» и принятие практических мер относительно построения современной системы экстренной медицинской помощи Вооруженных Сил Украины.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали нормативные документы по организации медицинского обеспечения МЗ и МО Украины, открытые источники, посвященные проблематике и аспектам организации экстренной медицинской помощи.

Результаты. Анализ организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил Украины, особенно в первый год проведения АТО на востоке Украины, выявил целый ряд недостатков организационного, логистического и общемедицинского характера. События на востоке страны побуждают к действенным мерам относительно формирования понятных принципов медицинской логистики, внедрения сортировки на всех уровнях медицинской эвакуации, использования всех возможностей, в том числе гражданского здравоохранения, для обеспечения своевременности оказания экстренной медицинской помощи военнослужащим. Объединение ресурсов гражданского и военного звена здравоохранения на единых принципах оказания экстренной медицинской помощи, определенных Законом Украины «Про екстрену медичну допомогу», позволит сформировать действенную общегосударственную систему оказания экстренной медицинской помощи.

Выводы. Необходимым условием улучшения медицинского обеспечения военнослужащих является создание системы экстренной медицинской помощи в Вооруженных Силах Украины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: система экстренной медицинской помощи, догоспитальный этап, госпитальный этап, травматологическая помощь, военное медицинское подразделение.

PROBLEM QUESTIONS PROVISION OF EMERGENCY MEDICAL CARE IN THE ARMED FORCES OF UKRAINE

M.O. Strelnikov¹, M.I. Badyuk¹, A.A. Hudyma², M.M. Gorobets³

¹Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv

²Horbachevsky Ternopil State Medical University

³Bogomolets National Medical University

Aim. Examine the situation with the organization of emergency medical care in military units, its relation to the Law of Ukraine "On emergency medical care" and to take practical steps for the development of emergency medical care modern system of the Armed Forces of Ukraine.

Materials and methods. The material for this study are the normative documents on the organization of medical support and the Ministry of Health of Ukraine, devoted to open source issues and aspects of the organization emergency medical care.

Results. Analysis of the of medical provision of the Armed Forces of Ukraine, especially in the first year of the ATO in eastern Ukraine, has revealed a number of shortcomings: organizational, logistical and general-medical character. The events in the east of the country to encourage effective measures to establish clear principles of

medical logistics, the introduction of sorting at all levels of medical evacuation, all available options, including civil health care, to ensure the timeliness of emergency medical assistance to servicemen. The combination of civil and military health care resources on common principles defined by the Law of emergency medical care in Ukraine «On emergency medical assistance» will form an effective national system of emergency medical care.

Conclusions. A necessary condition for improving the medical support personnel is to provide emergency medical care system in the Armed Forces of Ukraine.

KEYWORDS: system of emergency medical care, prehospital stage, hospital stage, trauma care, a military medical unit.

Рукопис надійшов у редакцію 12.05.2016 р.

Відомості про авторів

Стрельников Михайло Олександрович – к.мед.н., доц., доцент кафедри організації медичного забезпечення військ Української військово-медичної академії; тел. служб.: (044) 489-16-08.

Бадюк Михайло Іванович – д.мед.н., проф., начальник кафедри організації медичного забезпечення військ Української військово-медичної академії; тел. служб.: (044) 489-16-08.

Гудима Анастасія Арсенівна – студентка II курсу ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»; тел. служб.: (0352) 52-45-54.

Горобець Марія Михайлівна – лікар-інтерн Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; тел. служб.: (044) 234-40-62.