

Резюме. В работе проведено изучение диспропорций в организации системы лечебно-эвакуационного обеспечения тяжелых раненных и больных в боевых условиях и предоставлено рекомендации к их устранению. Также проведен анализ соответствия существующих норм оснащения этапов медицинской эвакуации научно обоснованным требованиям и предложено пополнить их необходимыми медикаментами и медицинской техникой.

Ключевые слова: *лечебно-эвакуационного обеспечение, этапы медицинской эвакуации, тяжелые раненные.*

Summary. In this work we studied the disparities in organization of medical evacuation for seriously injured under combat conditions and recommendations provided to eliminate them. Also analyzed the compliance of existing regulations for equipping medical-evacuation stages with the evidence-based requirements and proposed replenish them with necessary medications and medical equipment.

Keywords: *medical-evacuation support, stages of medical evacuation, seriously injured.*

УДК 355.5

ЩОДО РОЗВИТКУ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ФОРМ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ І ХВОРИМ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Булах О.Ю., Стриженко В.І., Лівінський В.Г.

Науково-дослідний інститут проблем військової медицини Української
військово-медичної академії

Резюме. В статті обговорюються окремі напрями розвитку організаційних засад забезпечення спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим в особливий період. Акцентується увага на необхідності обґрунтування варіантів спеціалізації лікувальних закладів, розташованих на основних евакуаційних напрямках, та доцільності створення спеціалізованих груп медичного підсилення.

Ключові слова: *лікувально-евакуаційне забезпечення, спеціалізована медична допомога, етап медичної евакуації.*

Вступ. Розвиток системи медичного забезпечення військ (сил) в сучасних умовах характеризується тенденцією наближення спеціалізованої медичної допомоги (СМД) до осередків санітарних втрат (СВ) та раціональним ешелонуванням закладів, призначених для її надання [1,2].

Зростання ролі СМД в системі етапного лікування поранених та хворих (далі – поранених) в сучасних умовах обумовлено суттєвими змінами в структурі СВ: збільшенням частки поранень голови, шиї, хребта і нижніх кінцівок, зростанням величини комбінованих, множинних та поєднаних

ушкоджень – загалом до 60 % [1-4], а також розширенням обсягу і змісту медичної допомоги на усіх рівнях (за принципом «медикалізації») та впровадженням перспективних технологій її надання [5,6].

Організаційно-структурні зміни, що відбулися у Збройних Силах України (ЗС України) в останні роки, спрямовані на оптимізацію системи медичного забезпечення як у мирний час, так і в особливий період. Водночас вони супроводжувалися скороченням ряду військово-медичних формувань особливого періоду: пересувні госпітальні бази (ПГБ), польові центри медичного забезпечення (ПЦМЗ). Разом з ними з системи лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) був виключений загін спеціалізованої медичної допомоги (ЗСМД), який входив до складу ПГБ, що унеможливило надання СМД пораненим безпосередньо в осередках санітарних втрат або поблизу них. Це потребує пошуку нових шляхів вирішення зазначеної проблеми та обумовило актуальність дослідження за даною темою.

Мета роботи полягає в обґрунтуванні необхідності наближення СМД до поранених та скорочення термінів її надання, а також підготовки пропозицій для удосконалення її організаційних засад.

Об’єкт дослідження: система медичного забезпечення військ (сил) в особливий період. Предмети дослідження: існуюча система ЛЕЗ військ (сил), прогнозна величина та структура санітарних втрат, потреба у видах медичної допомоги та медичних ресурсах (лікарському складі, ліжковому фонді, санітарному транспорті) на етапах медичної евакуації.

Методи досліджень: історичний, бібліосемантичний, аналітичний, статистичний, системного підходу.

Матеріали досліджень: наукові публікації за темою, існуючі нормативно-правові документи з організації медичного забезпечення Збройних Сил, розрахунки ймовірних санітарних втрат військ.

Результати та їх обговорення. Система лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України розвивається з дотриманням принципів етапного лікування з евакуацією поранених за призначенням. У даному дослідженні автори зосереджують увагу на вивченні системи евакуації поранених за призначенням, можливість якої забезпечується такою важливою умовою, як створення мережі спеціалізованих лікувальних закладів.

В роки Великої Вітчизняної війни (1941-1945 рр.) поранені отримували СМД у госпітальних базах (армії, фронту) з термінами їх доставки 2-3 доби і більше після поранення та попереднього надання допомоги на етапі кваліфікованої медичної допомоги (КМД) [7].

У воєнних конфліктах другої половини ХХ-го століття терміни доставки поранених до спеціалізованих ЛПЗ та надання їм СМД постійно змінювались. Так, у війні США у В’єтнамі (1964-1973 рр.) поранені доставлялись у військові

госпіталі гелікоптерами в середньому через 35 хв. після поранення [13]. В ході війни у Афганістані (1979-1989 рр.), внаслідок складної оперативного-тактичної обстановки, доставка поранених з осередків СВ до військового госпіталю (ВГ) затримувалась до 6 годин після поранення.

З метою спеціалізації лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ) загального профілю медичною службою колишньої Радянської Армії передбачалось застосування груп медичного підсилення, які входили до складу армійських і фронтових сил і засобів медичної служби (рис. 1).

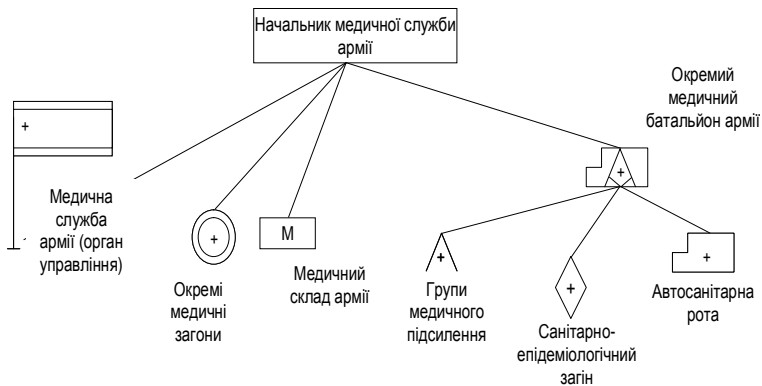


Рис. 1. Склад медичної служби армії періоду 80-х років XX ст.

В кожній армії у розпорядженні медичної служби утримувались в складі окремого медичного батальйону групи медичного підсилення: медико-розпорядчі, загальнохірургічні, токсико-радіологічні, офтальмологічні, психоневрологічні, всього – 12 груп (46 осіб).

Крім того, до управлінь передової і тилової госпітальних баз входили загони СМД. Групи ЗСМД (нейрохірургічні, ортопедичні, торако-абдомінальні, токсико-радіологічні, радіометричні) призначались для підсилення військових госпіталів, розгорнутих в якості спеціалізованих ВГ [11]. Загальнохірургічні і опікові групи застосовувались також для невідкладної хірургічної допомоги і на етапах кваліфікованої медичної допомоги (рис.2).

За досвідом організації медичного забезпечення військ в Афганістані (1979-1989 рр.), на Північному Кавказі (1994-1996 рр., 1999-2002 рр.) російськими військово-медичними експертами зроблено висновок, що оптимальні умови для надання медичної допомоги пораненим створюються при двохетапній схемі ЛЕЗ, при якій на першому етапі надається повноцінна перша лікарська допомога (ПЛД), а на другому – СМД (СХД).

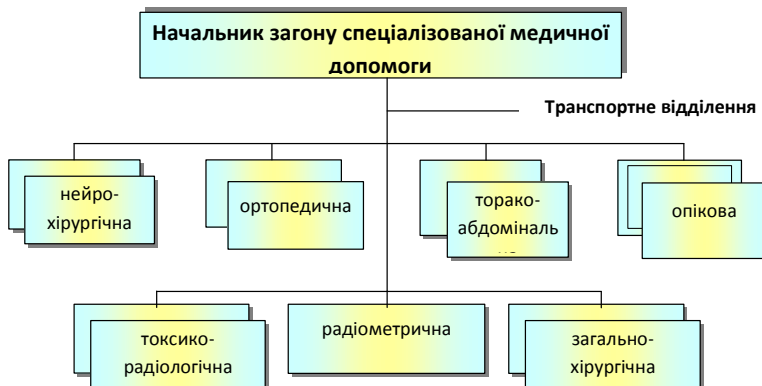


Рис. 2. Організаційна структура загону спеціалізованої медичної допомоги управління госпітальної бази 80-х років

Реалізація такої схеми можлива за умови надання пораненим ПЛД лікарями з підготовкою по хірургії та реаніматології, евакуації їх із зони бойових дій переважно санітарними гелікоптерами та наданні у ранні терміни СХД в багатопрофільному лікувальному закладі, розгорнутому поблизу оперативного району.

З метою наближення СМД до поранених і скорочення термінів її надання керівництвом медичної служби Радянської Армії в Афганістані та ЗС Російської Федерації на Північному Кавказі застосовувались групи медичного підсилення (хірургічні і терапевтичні), які висувались і розгортались на базі гарнізонних військових госпіталів, медичних рот і Омедб [3]. Таким чином було реалізовано концепцію невідкладної спеціалізованої хірургічної допомоги (НСХД), сутність якої полягала у виконанні лікарями-спеціалістами зі складу груп підсилення в лікувальному закладі, призначеному для надання КМД, операцій за невідкладними показаннями на спеціалізованому рівні по можливості у повному обсязі з метою досягнення оптимального функціонального результату [1,9].

Аналіз результатів надання НСМД під час контртерористичних операцій у Чеченській Республіці (1994-1996 рр., 1999-2002 рр.) та Дагестані (1999 р.) дозволив виявити її слабкі сторони та показав, що після оперативних втручань, які виконувались спеціалістами в наметах, а частіше за все – в непристосованих для роботи приміщеннях, виникало безліч ускладнень: після операцій на черепі і головному мозку – у 86 % поранених, на довгих кістках кінцівок – у 74 %, на магістральних судинах – у 28 %, що вимагало суттєвої модифікації всієї системи ЛЕЗ військ [10].

Враховуючи перелічені фактори, з метою скорочення багатоступовості у наданні медичної допомоги пораненим, було застосовано 2-етапний варіант системи ЛЕЗ військ: ПЛД – СХД. Спеціалізовану хірургічну допомогу планувалося надавати шляхом розгортання поряд із зоною бойових дій багатопрофільних спеціалізованих лікувальних закладів на базі

гарнізонних ВГ або МЗСП з направленням до них багатопрофільних спеціалізованих груп медичного підсилення з необхідним обладнанням. Таким чином, замість концепції НСМД була запропонована концепція ранньої спеціалізованої хірургічної допомоги (РСХД) [1,8,10].

Багатопрофільні групи медичного підсилення (БГМП) формувалися на базі Російської ВМА та ГВКГ ім. М.Н. Бурденко, кожна хірургічна група в складі: загальних хірургів (спеціалісти з політравми) – 2, нейрохірургів – 2, травматологів-ортопедів – 2, анестезіологів-реаніматологів – 2, операційних сестер – 2, сестер-анестезистів – 2; додатково включались офтальмолог,

ЛОР-спеціаліст і щелепно-лицевий хірург, а також лікар-рентгенолог, лікар-трансфузіолог, лаборанти з відповідним оснащенням. Така група забезпечувала можливість надання вичерпної СХД за всіма актуальним хірургічним спеціальностям. Аналогічно формувались також багатопрофільні терапевтичні групи медичного підсилення.

З урахуванням територіального принципу медичного забезпечення військ, все більше уваги приділялось також формуванню спеціалізованих бригад медичної допомоги або ГМП при гарнізонних, окружних і центральних ВГ, які на базі стаціонарних військових або цивільних лікувальних закладів, розташованих на основних евакуаційних напрямках, можуть розгорнути етап для надання СМД [12].

Таким чином, характерною ознакою сучасної системи ЛЕЗ є широка спеціалізація медичної допомоги, яка може забезпечуватись двома шляхами:

1) наявністю штатних лікувальних закладів, призначених для надання СМД певній категорії поранених і хворих (наприклад, такі військово-польові госпіталі, як інфекційний, неврологічний, для легкопоранених);

2) шляхом направлення до хірургічних або терапевтичних госпіталів (або лікарень) відповідних груп СМД (штатних або позаштатних). Такий варіант спеціалізації являється більш економічним, гнучким і маневреним та може забезпечити надання СМД у відповідності зі змінами умов обстановки.

Військово-медичні доктрини провідних країн світу передбачають готовність до надання СМД у першу чергу таким категоріям: пораненим у голову, шию, хребет; пораненим у груди, живіт, таз; обпеченим; з пошкодженнями довгих кісток кінцівок і суглобів; легкопораненим і легко хворим; ураженим отруйними речовинами та іонізуючим випромінюванням; психоневрологічним хворим і ураженим; інфекційним та соматичним

хворим; хворим туберкульозом та шкірними і венеричними хворобами; жінкам із пораненнями і хворобами статевих органів.

Зважаючи на зазначене всі ЛПЗ повинні мати змогу підсилюватись (за рахунок груп медичного підсилення) у відповідності з очікуваною структурою вхідного потоку санітарних втрат. В залежності від розмірів і структури СВ можливе також створення окремих військових госпіталів, цілком спеціалізованих за одним профілем. В інших випадках в одному госпіталі різні відділення спеціалізуються кожне за своїм профілем (такі ВГ будуть багатопрофільними).

Донедавна в загальній системі ЛЕЗ ЗС України передбачалося розгортання ПГБ із завданнями надання пораненим і хворим кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги. З цією метою до складу управління ПГБ входили спеціалізовані групи: нейрохірургічна, торако-абдомінальна, дві травматологічні, опікова, загальнохірургічна, токсикологічна і радіологічна. Склад груп цілком відповідав розмірам і структурі вхідного потоку санітарних втрат, отриманого дослідним шляхом.

В сучасних умовах надання спеціалізованої медичної допомоги планується здійснювати у лікувальних закладах ВМКЦ регіону та Територіальних госпітальних баз МОЗ України. З метою наближення СМД до поранених можливе залучення до загальної схеми ЛЕЗ існуючих військових та цивільних стаціонарних лікувальних закладів, розташованих на певному евакуаційному напрямку та наближених до району бойових дій. Цілком імовірно, що організаційно-штатна структура цих закладів, склад медичних спеціалістів, їх оснащення не будуть відповідати структурі очікуваного вхідного потоку санітарних втрат. Вирішенням проблеми стало б направлення до визначених лікувальних закладів відповідних груп СМД з медичним оснащенням, для чого пропонується ще у мирний час створити на профільних кафедрах УВМА і в клініках ГВМКЦ багатопрофільні хірургічні і терапевтичні групи СМД, а при ВМКЦ регіонів і ВГ – групи медичного підсилення (ГМП).

Медична служба оперативного командування (ОК) та ВМКЦ регіону за мирного часу мають відповідні сили і засоби і повинні бути спроможними до формування адекватних угруповань з метою організації медичного забезпечення військ (сил) у початковому періоді збройного конфлікту будь-якого масштабу [9]. За даними попередніх наукових досліджень в ході навчання встановлено, що в збройних конфліктах останніх десятиліть суттєво змінились розміри і структура санітарних втрат і як наслідок – вимоги до складу груп медичного підсилення.

Дослідженнями доведено, що в загальній структурі СВ поранені травматологічного профілю можуть скласти 45,0-50,0 % від бойових СВ; нейрохірургічного профілю – 18,0-20,0 %; торако-абдомінальні – 16,0-17,0 %;

офтальмологічні – 5,0-6,0 %, ЛОР – 5,0-6,0 %, шелепно-лицеві – 8,0-12,0 % та ін. У структурі захворювань переважатимуть соматичні захворювання – 47,0-50,0 %; інфекційні хвороби – 20,0-25,0 %, хвороби шкіри – 10,0-12,0 % та ін. Прояви бойового стресу можуть виявлятися у 6,0-12,0 % особового складу та становити до 30,0 % від усіх СВ; до 10,0-15,0 % від усіх випадків бойового стресу вимагатимуть тривалої госпіталізації. Відмічається зростання питомої ваги поранень в голову, у т.ч. ЛОР-органів, органу зору та шелепно-лицевих уражень, на високому рівні залишається частка поранень травматологічного характеру, захворювань психо-неврологічного профілю тощо, що обумовлює необхідність перегляду вимог і підходів до спеціалізації ЛПЗ.

З досвіду організації медичного забезпечення військ на Північному Кавказі (1994-1996 рр., 1999-2002 рр.), СМД можливо забезпечити на базі медичного загону спеціального призначення (МЗСП) та стаціонарних ЛПЗ, підсилених групами СМД за розпорядженням старшого медичного начальника. Склад груп СМД та структура оперативних втручань в цих закладах визначаються розмірами і структурою вхідного потоку СВ. Аналіз вхідного потоку СВ до передових лікувальних закладів на Північному Кавказі свідчить, що в сучасних умовах серед поранених у збройному конфлікті переважають вогнепальні поранення, при цьому множинні і сполучені становитимуть до 50-60 %; по локалізації переважають поранення голови, кінцівок, грудей та живота [3]. Невідкладні і термінові оперативні втручання становитимуть до 30 % від усіх операцій (табл.1).

Рациональним ешелонуванням лікувальних закладів СМД та наближенням їх до осередків санітарних втрат можливо забезпечити основні види ранньої СМД переважній більшості поранених і хворих протягом

12-24 годин з моменту поранення (захворювання). Скороченню термінів СМД з метою врятування життя та зменшенню летальності і ускладнень серед постраждалих повинні сприяти організаційно-технічні заходи удосконалення медичного забезпечення військ (сил) на усіх його рівнях. Останнє досягається включенням до стаціонарних ЛПЗ груп СМД: нейрохірургічних, торакоабдомінальних, травматологічних, терапевтичних, психо-неврологічних, токсикологічних, радіологічних.

Російськими експертами запропоновано замість існуючих по штату перелічених груп СМД в умовах локальної війни або збройного конфлікту для роботи лікувальних закладів в якості багатопрофільних ВГ направляти до них багатопрофільні спеціалізовані хірургічні і терапевтичні групи із засобами розгортання функціональних підрозділів і відповідним медичним оснащенням [12]. В якості допоміжних можуть використовуватись групи «голова», «таз» і токсикорадіологічна. Завдання цих груп – надання усіх видів спеціалізованої медичної допомоги.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика вхідного потоку поранених і хворих у лікувальних закладах 1-го ешелону СМД на Північному Кавказі, % [3].

Характер поранення і травми	МЗСП (1999-2002 рр.)	БВГ 1-го ешелону (1994-1996 рр.)	БВГ 1-го ешелону (1999-2002 рр.)
Структура вхідного потоку:	100.0	100.0	100.0
вогнепальні поранення	43,7	39,8	37,6
травми	19,7	11,1	27,3
опіки	3,2	2,1	2,7
відмороження	0,4	1,3	1,4
комбіновані ураження	33,0	1,5	1,2
хірургічні захворювання	–	44,2	29,8
Характер поранень і травм:	100.0	100.0	100.0
Ізольовані	45,3	42,2	40,3
Множинні	30,3	18,4	28,1
Поєднані (сполучені)	24,4	39,4	31,6
Розподіл по тяжкості:	100.0	100.0	100.0
легка	55,6	22,3	28,6
середня	25,6	44,3	49,5
тяжка	12,4	28,8	17,3
вкрай тяжка	6,4	4,6	4,6
По локалізації поранень:	100.0	100.0	100.0
Голова	10,7	17,1	19,1
Шия	2,2	1,0	2,6
Груди	8,1	13,6	10,3
Живіт	6,7	8,8	9,4
Таз	4,7	2,4	3,5
Хребет	0,3	1,0	2,0
Кінцівки	67,3	56,1	53,1
Оперативні втручання:	100.0	100.0	100.0
Невідкладні	20,2	14,3	14,3
Термінові	17,5	14,1	14,3
Відстрочені	54,7	30,2	32,9
Планові	7,6	4,1	8,8
При захворюваннях	–	37,3	29,8

Дослідження хірургічної роботи у передових лікувальних закладах показують, що значна кількість оперативних втручань виконується у поранених нейрохірургічного (20-22 % усіх операцій), торако-абдомінального (19,4 %) і травматологічного (18,6 %) профілів. Тому доцільно щоб лікувальні заклади, які розгортаються на основних евакуаційних напрямках, були багатопрофільними (табл.2).

Таким чином, серед сучасних напрямків удосконалення ЛЕЗ військ необхідно відзначити зменшення термінів надання медичної допомоги усіх видів шляхом найскорішої евакуації постраждалих, скорочення кількості етапів медичної евакуації, раціональне ешелонування ЛПЗ з метою наближення СМД до поранених і хворих, спеціалізація ЛПЗ на евакуаційних напрямках за допомогою спеціалізованих груп медичного підсилення.

Таблиця 2

Хірургічна робота омедб, МЗСП і БВГ 1-го ешелону в контртерористичній операції на Північному Кавказі 1999-2002 рр. [3]

Характер оперативних втручань	омедб		МЗСП		БВГ 1-го ешелону	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Операції на черепі та хребті	-	-	2	0,05	228	4,8
Операції на органах зору, ЛОР, щелепно-лицевій області, шії	-	-	6	0,2	816	17,2
Порожнинні операції	2	0,9	272	9,1	631	13,2
Торакоцентез	32	14,7	205	6,8	293	6,2
Відновлювальні операції на магістральних судинах	1	0,5	23	0,8	154	3,2
Остеосинтез переломів кісток	-	-	2	0,05	703	14,8
Ампутації кінцівок	20	9,3	102	3,4	183	3,8
Первинна хірургічна обробка	160	74,1	2381	79,6	1734	36,5
Інші	1	0,5	-	-	12	0,3
Всього...	216	100,0	2993	100,0	4754	100,0

Висновки

1. Наближення СМД до зони бойових дій сприятиме скороченню термінів її надання, зменшенню ускладнень, інвалідності і летальності та якнайшвидшому поверненню поранених до строю після одужання. Організаційно-структурні зміни системи ЛЕЗ в сучасних умовах можливого застосування військ повинні відбуватися зі збереженням принципів безперервності, послідовності, спадкоємності та постійного нарощування заходів медичної допомоги до етапів СМД включно.

2. Найбільш раціональним та економічним варіантом формування закладів СМД є направлення до існуючих стаціонарних військових і цивільних лікувальних закладів, розташованих на основних евакуаційних напрямках, груп СМД та організація їх роботи. Формування таких груп, їх укомплектування та підготовка мають здійснюватися заздалегідь, ще у мирний час, за рахунок сил та засобів УВМА, ГВМКЦ та ВМКЦ регіонів.

3. Надання медичної допомоги та лікування поранених у збройному конфлікті доцільно реалізувати за двохетапним варіантом системи ЛЕЗ, з виконанням невідкладних і термінових оперативних втручань фахівцями груп СМД. З цією метою поблизу району воєнного конфлікту можливе розгортання на базі стаціонарного військового або цивільного лікувального закладу військового багатопрофільного госпіталю з групами медичного підсилення для надання пораненим ранньої СМД та підготовки їх до евакуації в стаціонарні заклади для спеціалізованого лікування і реабілітації.

4. В сучасній системі медичного забезпечення більшої актуальності набуває обґрунтування складу, обладнання і оснащення, порядку утримання багатопрофільних хірургічних і терапевтичних спеціалізованих бригад

медичної допомоги при ГВМКЦ, УВМА, а також груп медичного підсилення при ВМКЦ регіонів і гарнізонних госпіталях з метою розгортання етапу СМД на базі стаціонарних військових або цивільних закладів на основних евакуаційних напрямках для забезпечення ранньої спеціалізованої медичної допомоги постраждалим протягом першої доби після поранення (ураження).

Література

1. Гуманенко Е.К. Тенденции развития военно-полевой хирургии в вооруженных конфликтах второй половине XX века / Е.К. Гуманенко, И.И. Самахвалов, А.А. Трусов // Воен. - мед. журн. – 2001. – № 10. – С. 15-22. Библиография – С. 22.
2. Гайдар Б.В. К вопросу о необходимости сокращения этапов медицинской эвакуации в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов / Б.В. Гайдар, В.А. Иванцов, В.О. Сидельников [и др.] // Воен. - мед. журн. – 2004. – № 6. – С. 4-7. Библиография – С. 7.
3. Гуманенко Е.К. Организация и содержание специализированной хирургической помощи в многопрофильных военных госпиталях 1-го эшелона во время контртеррористических операций на Северном Кавказе (Сообщение пятое) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов, В.И. Бадалов // Воен.-мед. журн. – 2006. – № 3. – С. 7-18. Библиография – С. 18.
4. Белевитин А.Б. Основные направления в развитии специализированной медицинской помощи в ВС Российской Федерации / А.Б. Белевитин, А.М. Шелепов, И.Ф. Савченко, А.Э. Никитин // Воен. - мед. журн. – 2009. – № 12. – С. 15-23. Библиография – С. 23.
5. Самохвалов И.М. Перспективные технологии оказания хирургической помощи раненым / И.М. Самохвалов, В.И. Бадалов, В.А. Рева и соавт. // Воен.-мед. журн.- 2013г.- № 6.- С. 24-30.- Библиография – С.30.
6. Халимов Ю.Ш. Перспективные направления развития военно-полевой терапии / Ю.Ш. Халимов, С.Ю. Матвеев, В.Г. Кузьмич и соавт. // Воен.-мед. журн.- 2013г.- № 6.- С. 36-42.- Библиография – С.42.
7. Медицинское обеспечение Советской армии в операциях Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. / Под общей ред. Э.А.Нечаева. - Т. 2. - М.: Воен. изд-во, 1993. - 416 с.
8. Стриженко В.І. Аналіз виникнення та розвитку організаційних форм надання спеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям/ Проблеми військової охорони здоров'я. –К., 2011. – Вип. 30. – С.95-110. Інв. №371
9. 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.

10. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в отдельных медицинских отрядах специального назначения (Сообщение четвертое) / Е.К. Гуманенко, И.М. Самахвалов, А.А. Трусов [и др.] // Воен. - мед. журн. – 2006. – № 1. – С. 12-19. Библиография – С. 19.

11. Организация и тактика медицинской службы / Учебник под ред. Н.Г. Иванова, О.С. Лобастова. – Ленинград.- 1988 – 266с.

12. Трусов А.А. Особенности организации хирургической помощи раненым в современных экстремальных ситуациях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- СПб, 1999.- 37 с.

13. Neel S. Medical support of the US. Army in Vietnam 1965-1970. - Department of the Army, Washington, D.C. - 1973. - 196 p.

Резюме. В статье обговариваются отдельные направления развития организационных основ специализированной медицинской помощи раненым и больным в особый период. Акцентируется внимание на необходимости обоснования вариантов специализации лечебных учреждений, находящихся на главных эвакуационных направлениях, та целесообразности создания специализированных групп медицинского усиления.

Ключевые слова: *лечебно-эвакуационное обеспечение, специализированная медицинская помощь, этап медицинской эвакуации.*

Resume. In the article separate directions of development of organizational principles of providing of the specialized medicare injured and patient come into question in a special period. Attention is accented on the necessity of ground of variants of specialization of medical establishments, located on basic evacuation directions and expedience of creation of the specialized groups of the medical strengthening.

Keywords: *treatment-evacuation providing, stage of medical evacuation, is specialized medicare.*