

Summary. The experience of the military - medical services in the organization qualified medical assistance in the neurology department of the Central Hospital MAS SBU. Presented an analysis of the department for the last 3 years. Main place on the structure of the nervous system disease belongs to vascular disease and neurological complications of spinal osteochondrosis. The analysis of modern methods of treatment of diseases such as cerebral thrombosis and spinal osteochondrosis complicated. Analyzing the incidence, it is possible to conclude that need to improve the prevention efforts of the attachment contingent.

Key words: *neurological care, vascular brain disease, osteocondrosis, death.*

УДК 61:359 (09)

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В СУЧASНИХ ПРОТИДЕСАНТНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Охонько О.В.

Українська військово- медична академія

Резюме. У статті викладені принципові положення щодо організації лікувально-евакуаційного забезпечення Військово-Морських Сил Збройних Сил України в сучасних протидесантних операціях. Детально розглянуто ешелонування сил і засобів медичної служби відповідно формам і методам лікувально-евакуаційного забезпечення.

Ключові слова: лікувально-евакуаційне забезпечення, військово-морські сили, ешелонування, протидесантна операція.

Вступ. На думку більшості провідних аналітиків з питань безпеки [1–3], у першій половині ХХІ ст. основні загрози стабільності у світі можливі в основному в прибережних областях на глибину 200–300 км від узбережжя. Невипадково Пентагон в останні роки проводить реорганізацію збройних сил з урахуванням перспективних завдань з ліквідації загроз на приморських напрямках. Про важливість для України питань оборони морського узбережжя говорить те, що значна частина нашого кордону проходить по урізку води [4].

Об'єкт, предмет та методи. Об'єкт дослідження – організація медичного забезпечення військово-морських сил (далі – ВМС).

В межах об'єкту обраний предмет дослідження – організація лікувально-евакуаційного забезпечення особового складу Військово-Морських Сил Збройних Сил України у протидесантній операції.

Методи дослідження: історичний, системного підходу та системного аналізу.

Результати та їх обговорення. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення військово-морських сил у протидесантних діях визначаються в основному їхнім оборонним характером. Насамперед слід зазначити, що протидесантні дії проводяться при несприятливому для сторони, що обороняється, співвідношені сил і високій напрузі боїв, які будуть супроводжуватись значними за величиною санітарними втратами [5].

Досвід минулих війн свідчить про те, що корпус морської піхоти США при висадці десантів завжди створює на операційних напрямках висадки своїх десантів десятикратне і більше переважання в силах. Однак величина санітарних втрат у протидесантних діях визначається не тільки співвідношенням сил, але і масштабом бойових дій [6–8].

Висадкою десантів на наше узбережжя супротивник може переслідувати диверсійні, тактичні, оперативні і стратегічні цілі, тому зрозуміло, що для їх досягнення йому буде потрібно залучати різні за складом сили і засоби. У свою чергу, для відбиття висадки різних за складом десантів супротивника потрібно буде виділення відповідних сил флоту і сухопутних військ. У відношенні лікувально-евакуаційного забезпечення протидесантних дій флоту у зв'язку з цим для медичної служби визначаються перспективи роботи, не рівнозначні за масштабами, ступенем напруги і тривалістю.

Оборонним характером протидесантних дій визначається також і та обставина, що в даному виді бойової діяльності ініціатива вибору мети, місця, часу і складу конfrontуючих сил належить супротивнику. Якщо при плануванні лікувально-евакуаційного забезпечення наступальних операцій ВМС об'єкти головних ударів, район бойових дій, час початку і тривалість проведення операцій визначаються нашим командуванням в повній мірі, що дозволяє медичній службі до призначеного терміну здійснити перегрупування своїх сил і засобів відповідно до вимог обстановки на наміченому операційному напрямку, то в даному виді бойової діяльності визначення терміну початку і тривалості бойових дій, а також можливих операційних напрямків стикається зі значними труднощами.

Командування з'єднань і об'єднань ВМС в кожен даний момент, на основі оцінки оперативно-тактичного значення приморських районів, може передбачити ймовірні об'єкти ударів супротивника і масштаб майбутніх бойових дій; однак, протидесантна оборона планується на тривалі терміни, що вимірюються місяцями, а іноді роками, і оперативно-тактичне значення десантонебезпечнich ділянок узбережжя в ході війни може змінюватися. Можливо і те, що висадка десанту супротивника на десантонебезпечних напрямках може взагалі не відбутися. У цьому випадку буде не раціонально, з точки зору організації лікувально-евакуаційного забезпечення, тривало тримати в бездіяльності медичні сили і засоби, які завчасно виділені до протидесантної оборони.

З урахуванням оперативно-тактичного значення приморських районів на нашому узбережжі командування з'єднань і об'єднань ВМС, на які покладене знищення десантів супротивника, виявляє десантонебезпечні напрямки. Таких напрямків може виявитися декілька. З погляду організації лікувально-евакуаційного забезпечення ця обставина вказує на необхідність вибору такого положення для сил і засобів медичної служби, з якого вони могли б бути ефективно використані при будь-яких варіантах дій супротивника.

На десантонебезпечних напрямках існують непридатні для висадки ділянки: наявність мілин і рифів, обривистих чи скелястих берегів, непрохідна для техніки місцевість, що є природними перешкодами для висадки морських десантів. “Десантна ємність” ділянок узбережжя, придатних для висадки морських десантів, не скрізь однакова. Для висадки десанту в складі батальйону потрібна ділянка узбережжя довжиною до 3 км, у складі полку – до 10 км, у складі дивізії – 35–40 км. Поряд з цим для висадки батальйону, полку, дивізії і т.д. супротивнику потрібно буде виділити різні за складом сили флоту і авіації, що забезпечують і підтримують висадку. Наприклад, для підтримки висадки батальйону корпус морської піхоти (далі – МП) США планує виділення 20–30 літаків, 2–3 есмінці, 4–6 малих артилерійських кораблів; для підтримки висадки бригади – 60–80 літаків, 1–2 корвета, 4–6 есмінців, 8–12 малих артилерійських кораблів; для забезпечення і підтримки висадки дивізії передбачається виділення 180 літаків, 3–5 корветів, 8–12 есмінців і 16–24 малих артилерійських корабля. Спираючись на ці вихідні дані і знаючи склад сил, що планується командуванням для відбиття висадки десанту супротивника, начальник медичної служби, який планує лікувально-евакуаційне забезпечення протидесантної оборони отримує можливість підійти до розрахунку можливих санітарних втрат за ступенем напруги майбутніх бойових дій.

Передбачаючи оборонні дії, пов’язані з небезпекою прориву супротивником наших оборонних рубежів і вторгненням його військ наше узбережжя, посадова особа, яка планує лікувально-евакуаційне забезпечення протидесантних дій, повинна бути обачною у виборі місць для розгортання лікувальних установ, прагнучи не поставити їх під удар. При цьому також необхідно уникати надмірного віддалення медичних установ від зрізу води для того, щоб не втратити їхнього функціонального зв’язку з етапами медичної евакуації корабельних і берегових з’єднань ВМС. Це питання повинне вирішуватися з урахуванням можливої глибини вторгнення десантів супротивника різних за складом сил. Корпусом МП США глибини плацдармів визначаються для батальйону – 1–2 км, для бригади 5–7 км, для посиленої дивізії 20–25 км, для корпусу – 30–40 км.

Для медичної служби, при плануванні лікувально-евакуаційного забезпечення протидесантних дій, становить значний інтерес питання

визначення часу початку бойових дій і їхньої тривалості, тобто можливі терміни, в які необхідно вкластися для перерозгортання своїх сил і засобів для роботи в інтересах протидесантної оборони і тривалості цієї роботи.

Боротьба з десантами супротивника ведеться шляхом нанесення ударів у пунктах їхньої посадки, на переході десантів морем, при відбитті висадки і на плацдармі. Отже, час на перерозгортання сил і засобів медичної служби для забезпечення протидесантних дій буде дорівнювати часу, який необхідний супротивнику на проводку морем десантних загонів від пунктів посадки до району висадки, що у свою чергу визначається відстанню від пунктів посадки до району висадки.

Не виключено, що десант супротивника буде виявлений лише при підході його до лінії наших далеких корабельних дозорів. Тоді медична служба протидесантної оборони на пере розгортання своїх сил і засобів на березі буде мати в резерві не більш 4–6 год.

Темп висадження десантів, встановлений корпусом МП США, дозволяє орієнтовно судити про тривалість бойових дій при відбитті висадки. Для висадки батальйону МП США витрати часу визначаються в 1–2 год., для бригади – 5–6 год., для дивізії – 24 год., для корпусу – 3–5 доби. Тривалість самостійних дій на плацдармі, з урахуванням наявних боезапасів, не буде перевищувати для батальйону 4–5 год., для бригади – 10–12 год., для дивізії 2 доби, для корпусу – 10 днів.

Для нанесення ударів по десантах супротивника на перерахованих вище етапах дій створюються наступні угруповання сил: для нанесення ударів по військах супротивника в пунктах посадки і на переході морем виділяються авіація і підводні човни, для відбиття висадки та знищення десанту, що висадився на плацдарм, залишаються сухопутні війська, берегові ракетно-артилерійські частини ВМС, морська авіація, надводні кораблі і морська піхота. У своїх діях при відбитті висадки з'єднання сухопутних військ (далі – СВ) і ВМС спираються на завчасно створену протидесантну оборону, що включає в себе систему морських мінних загороджень на підходах до узбережжя, інженерні протидесантні загородження зрізу води і на березі.

Склад сил кожного тактичного угруповання на кожному з етапів дій визначається командуванням з урахуванням конкретної обстановки. Задача знищення десанту супротивника може бути вирішена на будь-якому етапі, однак, частіше схиляється до нанесення головного удара на етапі відбиття висадки, тому що тут мається можливість залистати до розгрому десанту супротивника найбільший склад сил (надводні кораблі, підрозділи СВ, морська авіація, ракетно-артилерійські частини ВМС і т.д.), а також у зв'язку з найбільшою надійністю виявлення намірів супротивника, тому що його дії на всіх попередніх етапах проводяться, як правило, потай.

Приведені вище дані корисні в тому відношенні, що дозволяють судити про можливе угруповання санітарних втрат, про можливу інтенсивність їхнього наростання, про можливе угруповання штатних сил і засобів медичної служби різних тактичних груп, про “пік” напруги в роботі медичної служби, що, можливо, буде збігатися з етапом відбиття висадки.

Вище уже відзначалося, що найчастіше протидесантні дії будуть досягати кульмінаційного моменту в напрузі при відбитті висадки, тобто при підході супротивника на дальності дії тактичних ракет СВ і ракетно-артилерійських частин ВМС. Таким чином, медична служба, в лікувально-евакуаційному відношенні, буде мати ряд переваг, обумовлених невеликим віддаленням району бойових дій від основних пунктів базування. Ці переваги насамперед виражаються в можливості найшвидшої доставки уражених з корабельних з'єднань на берегові етапи медичної евакуації, як слідство, у можливості скорочення виду обсягу медичної допомоги на кораблях, а також у полегшенні подачі засобів медичного посилення з берега на корабельні з'єднання. Однак, при організації лікувально-евакуаційного забезпечення протидесантних дій варто остерігатися переоцінки даних переваг.

По-перше, евакуація уражених з корабельних з'єднань при відбитті висадки безпосередньо в найближчі пункти базування може виявитися нездійсненою через перешкоди з боку супротивника у випадках, коли ці пункти базування розташовані на десантонебезпечних напрямках.

По-друге, медичні установи з пунктів базування на десантонебезпечних напрямках у передбаченні можливої висадки десантів супротивника доцільно вивести, тому що, виявившись в умовах переднього краю оборони, вони самі змушені будуть відійти в глибину оборони або піти на зниження обсягу і виду медичної допомоги, що їм властиві.

Медичні установи повинні групуватися не на десантонебезпечних напрямках, а на флангах протидесантної оборони. При цьому перевага повинна бути віддана тому з флангів, що звернений не до лінії приморської зони бойових дій, який утикається в море, а до межі фронтового тилу. Це правило не варто застосовувати у випадках, коли, рішенням командування, передбачається буксировка пошкоджених кораблів в пункти базування, які наближені до зони бойових дій та коли в цих пунктах намічається поповнення боєзапасу кораблів, тобто коли в напрямку цих пунктів базування чітко формуються евакуаційні напрямки.

При оцінці району бойових дій повинно бути проаналізоване питання про можливість використання для евакуації поранених сухопутних комунікацій на десантонебезпечних напрямках у випадку висадки морського і повітряного десантів супротивника. Прибережні дороги можуть виявитися зайнятими супротивником, внаслідок чого сформовані в даному районі базування евакуаційні напрямки будуть перервані.

Плануючи використання сухопутних комунікацій для евакуації поранених, необхідно враховувати їхнє оперативно-тактичне призначення і можливу зайнятість у ході бойових дій не тільки транспортними підрозділами ВМС, але і СВ, що залучені до протидесантної оборони. Необхідно мати на увазі, що ширина фронту оборони сухопутних військ для мотострілкової дивізії складає до 40 км і більш, для мотострілкової бригади – більш ніж 15 км. При цьому основні сили військ, що обороняються, зосереджуються не на передньому краї, а в глибині оборони, зберігаючи за собою можливість виходу на позиції біля зразу води на будь-якій ділянці, де можлива поява супротивника. При таких обставинах можуть утворитися зустрічні потоки й евакуація поранених стане неможливою.

Разом з тим, при оцінці району бойових дій виявляються місця для обладнання резервних площадок для мобільних госпіталів і медичних рот, визначається потреба в обладнанні під'їзних шляхів до них, в обладнанні санітарних причалів, посадкових майданчиків для вертолітної авіації тощо.

При оцінці умов і організації аварійно-рятувального забезпечення вивчається питання про можливості використання базових аварійно-рятувальних центрів (загонів) в інтересах лікувально-евакуаційного забезпечення корабельних з'єднань, що наносять удари по десанту супротивника в прибережному районі. Через відносну близькість пунктів базування від району бойових дій при відбитті висадки, перевантаження поранених в морі з ушкоджених кораблів, призначених до буксирування, на рятувальні судна в ряді випадків буде недоцільно – з меншою втратою часу на кораблі, що буксируються, можуть бути подані для надання пораненим медичної допомоги медичні групи підсилення.

Проведення рятувальних робот в осередках масових санітарних втрат на узбережжі в протидесантних діях може бути ускладнено небезпекою виходу до осередку формувань супротивника. Корпус МП США, наприклад, планує висування своїх військ в райони ударів через 20–30 хв. після застосування зброї масового ураження. Подібного роду ситуації можуть мати місце при діях сухопутних військ, але, для військово-морських баз в усіх інших видах бойової діяльності вони цілком виключаються, і тому планами захисту, як правило, не передбачаються. Між тим вирішення завдання видалення постраждалих з осередку втрат при загрозі виходу до них супротивника неможливо, крім шляху масового залучення транспортних засобів для разового виходу до осередку за пораненими.

Аналізуючи умови і організацію інженерного і матеріально-технічного забезпечення протидесантних дій, прагнуть визначити обсяг робіт з облаштування шляхів під'їзду до резервних майданчиків для медичних підрозділів, укриттів для етапів медичної евакуації з метою оформлення заявики

до морської інженерної служби на завчасне облаштування протидесантних дій у лікувально-евакуаційному відношенні. Особливість у даному відношенні буде полягати в тому, що роботи з обладнанням району бойових дій в інтересах медичної служби можуть здійснюватися тривалий час. У ряді випадків вони можуть бути початі ще в мирний час і тому повинні бути виконані особливо ретельно відповідно до вимог настанов по захисту.

Виявляючи можливості використання транспортних засобів тилу для евакуації поранених, насамперед враховують напрямки руху порожнього транспорту як на узбережжі, так і в акваторії, ритм і періодичність роботи транспорту між складами і пунктами постачання. Особливо важливо врахувати можливість використання транспортної авіації для доставки поранених з району діючої протидесантної оборони в тилові райони і суміжні військово-морські бази з метою залучення до роботи з забезпеченням протидесантних дій максимального числа сил і засобів медичної служби за межами десантонебезпечних напрямків та з метою збереження здатності до маневру тих медичних формувань, що працюють на ділянках узбережжя, що атаковані супротивником.

Буде правильним виходити з того, що на всьому протязі узбережжя на десантонебезпечному напрямку медична служба ВМС до моменту виявлення десанту супротивника на переході морем або з появою його в районі відбиття висадки буде представлена пунктами медичної допомоги берегових баз корабельних з'єднань, що дислокуються тут постійно, а також госпіталями, що забезпечують їхню повсякденну діяльність. Буде правильним також вважати, що наявних у складі протидесантної оборони сил і засобів медичної служби виявиться недостатньо для забезпечення бойових дій з'єднань ВМС, що прибудуть на загрозливі напрямки після виявлення десанту супротивника. Отже, негайно виникає потреба в посиленні медичної служби протидесантної оборони. Особливість буде полягати в тому, що, маючи багато часу на створення завчасної організації лікувально-евакуаційного забезпечення (тобто задовго до початку бойових дій), медична служба буде мати вкрай обмежені терміни на перегрупування своїх сил і засобів. З такими обставинами медична служба ВМС ні в одному з видів бойової діяльності не зустрічається. Таким чином, медична служба стає перед необхідністю організаційно забезпечити переход на готовність до роботи по варіанту активних дій протидесантної оборони в терміни, що будуть обчислюватися з моменту одержання оповіщення про рух супротивника корабельними дозорами і з моменту перших бойових зіткнень корабельних з'єднань із супротивником по виходу його в район перерозгортання для висадки, тобто 2–3 год. Перше надходження поранених з корабельних з'єднань в пункти базування слід очікувати через 5–6 год. До цього строку етапи медичної евакуації повинні бути готові до прийому поранених.

Протидесантні дії проводяться ВМС разом із СВ за єдиним планом. Плани лікувально-евакуаційного забезпечення протидесантних дій ВМС і СВ повинні бути погоджені. Узгодження повинне йти по лінії спільногоВикористання всіх сил і засобів медичної служби, тобто медичних формувань, транспортних засобів і запасів медичного майна. Однак, при спільному використанні сил і засобів повинен бути дотриманий визначений розподіл функцій. При цьому медична служба ВМС повинна бути зобов'язана приймати уражених з корабельних з'єднань, подавати цим з'єднанням групи медичного підсилення, проводити морську медичну евакуацію поранених із ізольованих ділянок узбережжя, надавати допомогу пораненим у пунктах базування; медична служба СВ повинна вирішувати тотожні завдання в сухопутному секторі протидесантної оборони як в інтересах своїх контингентів поранених, так і флотських.

Планом лікувально-евакуаційного забезпечення протидесантних дій повинні передбачатися заходи щодо оборони медичних установ від впливу диверсійних і повітрянодесантних груп супротивника.

На випадок ізоляції окремих ділянок узбережжя і тимчасового припинення з них евакуації поранених варто мати в резерві групи медичного посилення і комплекти медичного майна для подачі їх медичним підрозділам на ізольованих ділянках узбережжя.

Висновки

Отримані дані щодо лікувально-евакуаційного забезпечення військово-морських сил в протидесантних операціях можуть використовуватись як вихідні дані при дослідженні лікувально-евакуаційного забезпечення ВМС ЗС України, при плануванні медичного забезпечення ВМС у ході командно-штабних навчань та при підготовці військових лікарів для ВМС.

У той же час треба зазначити, що в Україні мало приділяється уваги підготовці фахівців з протидесантних операцій і діям в морському десанті.

Досвід показує, що офіцери і генерали стають фахівцями з організації протидесантної оборони та дій у морському десанті через 3–4 роки постійного навчання в ході практичної роботи, в ході тренувань і на тактичних, оперативно-тактичних і оперативних навчаннях за участю не тільки частин Сухопутних військ, але й з'єднань і частин ВМС та Повітряних Сил ЗС України, Державної Прикордонної служби та Внутрішніх військ МВС України.

Таким чином, все вищесказане свідчить про надзвичайну актуальність уdosконалення організації лікувально-евакуаційного забезпечення Військово-Морських Сил Збройних Сил України у протидесантній операції.

Література

1. Барынькин В.М. Силы специальных операций и способы борьбы с ними / В.М. Барынькин, С.Л. Велесов, В.Л. Кадацкий: [Електронні ресурси] / Способ доступу: <http://specops.narod.ru/> – Заголовок з екрану.

2. Константинов В. Военно-морские силы США – курс в XXI век / В. Константинов // Зарубежное военное обозрение. – М.: Красная звезда. – 2000. – № 10. – С. 39–44.
3. Константинов В. Военно-морские силы США – курс в XXI век / В. Константинов // Зарубежное военное обозрение. – М.: Красная звезда. – 2000. – № 11. – С. 39–46
4. Дорошенко Ю. П. Исторические тенденции развития лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий корабельных сил флота и их современное значение: автореф. дис на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 20.01.08 “Тил Збройних сил” / Ю. П. Дорошенко. – Л., 1984. – 228 с.
5. Справочник офицера-оператора медицинской службы ВМФ / [под ред. Н.Т. Потемкина]. – М.: Воениздат, 1984. – 208 с.
6. Бойков Л.В. Актуальные вопросы теории противодесантной обороны морского побережья / Л.В. Бойков // Военная мысль. – № 12. – 2007. – С. 35–43.
7. Никитин А.Э. Показное занятие “Организация работы медицинской роты бригады морской пехоты при массовом поступлении раненых, больных и пораженных” / А.Э. Никитин, И.Т. Русев, М.В. Поддубный // Воен.-мед. журн. – № 8. – 2010. – С. 94–96.
8. Организация медицинского обеспечения частей и соединений. Учебник / [под ред. Н.Г. Иванова, О.С. Лобастова]. – ВМА им. С.М. Кирова. – Ленинград, 1984. – 519 с.

Резюме. В статье изложены принципиальные положения по организации лечебно-эвакуационного обеспечения Военно-Морских Сил Вооруженных Сил Украины в современных противодесантных операциях. Подробно рассмотрено эшелонирование сил и средств медицинской службы в соответствии с формами и методами лечебно-эвакуационного обеспечения.

Ключевые слова: *лечебно-эвакуационное обеспечение, военно-морские силы, эшелонирование, противодесантная операция.*

Summary. The article outlines the principal provisions on the organization of medical evacuation support of the Naval Forces of Ukraine in modern antiamphibious operations. Considered in detail separation capabilities of medical service in accordance with the forms and methods of treatment and evacuation support.

Keywords: *medical evacuation support, naval forces, separation, antiamphibious operation.*