

**КООРДИНАЦІЯ ТА РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ  
ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ  
ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ВІЙСЬК (СИЛ)**

**А.В. Верба<sup>1</sup>, А.М. Галушка<sup>2</sup>, Ю.В. Маланіч<sup>1</sup>, Ю.В. Подолян<sup>3</sup>,  
О.Ю. Булах<sup>2</sup>, В.І. Стриженко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> *Військово-медичний департамент МО України*

<sup>2</sup> *Науково-дослідний інститут проблем військової медицини УВМА*

<sup>3</sup> *Військово-медичний клінічний центр Північного регіону*

**Резюме.** *Стаття присвячена важливому розділу лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) – регулюванню та координації медичної евакуації поранених та хворих. Дана характеристика структур, відповідальних за координацію евакуації в країнах НАТО. Наголошується на відсутності аналогічних структур в Збройних Силах України, що могло впливати на недоліки в організації медичного забезпечення військ (сил) в ході антитерористичної операції на сході України.*

**Ключові слова:** *організація медичного забезпечення, лікувально-евакуаційне забезпечення, координація та регулювання, поранені і хворі, медична евакуація.*

**Вступ.** Аналіз діючих нормативно-правових документів, що регламентують діяльність медичної служби Збройних Сил України (ЗСУ) як на мирний час, так і на особливий період, свідчить про відсутність у її складі штатних координаційних (регулятивних) органів управління евакуацією. Станом на сьогодні у системі медичного забезпечення ЗСУ ці функції покладено на начальників медичних служб (НМС) і начальників закладів охорони здоров'я – ЗОЗ (командирів медичних частин, підрозділів) [1-3]. В той же час, аналіз керівних документів медичної служби країн НАТО, присвячений досліджуваній проблемі, свідчить, що значна увага в них приділяється питанням координації і регулювання евакуації поранених і хворих з району проведення військами бойових дій, операції [4-6]. У зазначених документах чітко і однозначно вказано, що евакуація постраждалих є фундаментальним аспектом медичної допомоги.

Принципи і політика медичної евакуації країн – членів НАТО, в першу чергу вимагають забезпечення її надійності за рахунок своєчасності, доступності, безперервності та багатонаціональної сумісності. Ефективність функціонування системи медичної евакуації забезпечується колективною відповідальністю задіяних у місії сторін.

За підтримки командування медичний персонал військ здійснює координацію такого роду заходів під час операції. Координація виконання цих заходів здійснюється персоналом з планування.

Евакуація постраждалих – це не тільки перевезення їх в належний медичний заклад (MTF), але також і частина процесу лікування та догляду за пацієнтами, а отже і медичного обов'язку. В жодному місці ланцюга евакуації рівень допомоги не може бути меншим, ніж той, що був отриманим на попередньому етапі медичної евакуації (ЕМЕ) [4].

Ефективне управління медичною інформацією, особливо стосовно пацієнтів, є життєво важливим елементом грамотного планування медичної підтримки. Дуже важливо, щоб ця інформація була стандартизованою і швидко поширювалась між уповноваженим персоналом [6].

Успішне управління медичною евакуацією, поряд із моніторингом точної інформації щодо кількості поранених і хворих, їх стану, лікувально-евакуаційних спроможностей, задіяних у ланцюгу евакуації, вимагає своєчасної наявності для цього у достатній кількості підходящих ресурсів. Медична евакуація – це не просто безперервний рух пацієнтів під наглядом лікаря, але також обов'язкова медична допомога пацієнтам у разі необхідності, в ході проведення наземних, морських і повітряних операцій. У країнах НАТО медична евакуація розподіляється на а) передову (з місця поранення до першого пункту лікування); б) тактичну (у межах театру воєнних дій); в) стратегічну («поза театром») евакуацію.

Отже, концепція медичної евакуації, яка існує в НАТО, тісно взаємопов'язана з медичним маршрутом, обсягом втрат, і політикою утримання (госпіталізації) на театрі воєнних дій (ТВД). Одночасно, надійність евакуаційного ланцюга безпосередньо пов'язана і залежить від кількості і здатності медичних ресурсів, які необхідно задіяти. Цей фундаментальний принцип забезпечує основу для створення надійної системи медичної евакуації. Актуальність дослідження обумовлюється обраним курсом України до вступу в НАТО, а також поставленими перед медичною службою завданнями з обґрунтування Концепції лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України в особливий період.

**Матеріали та методи дослідження.** Використовувалися доступні керівні документи країн НАТО за темою, матеріали зборів керівного складу медичної служби (2014-2017 рр.), звітні матеріали фахівців медичної служби за підсумками роботи у зоні антитерористичної операції (АТО).

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

Методи: аналітичний, бібліосемантичний, системного підходу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз керівних документів НАТО свідчить, що узгодження медичних евакуаційних доктрин і можливостей є обов'язком представників служб медичної евакуації (MedEvac). Тільки правильно скоординовані процедури можуть забезпечити безперервну

передачу пацієнтів у рамках діяльності багатонаціональної структури медичної підтримки.

Одним з основних видів медичної евакуації у країнах НАТО вважається евакуація повітряним санітарним транспортом (аеромедична евакуація). Аеромедичні ресурси являються важливим елементом забезпечення своєчасності медичної евакуації. Централізовано скоординована багатонаціональна система аеромедичної евакуації (у межах і поза ТВД) створює умови для підвищення ефективності медичної допомоги.

В іншому нормативному документі НАТО [5] наголошується, що відстеження і регулювання пацієнтів потребує чіткої інформації про кожного постраждалого та про наявність відповідного лікування та евакуації, що повинно обов'язково відображатись у медичній документації. Успішне управління евакуацією поряд з іншим вимагає також своєчасної наявності в достатній кількості медичного майна.

Узгодження заходів медичної евакуації і можливостей є відповідальністю учасників MedEvac. Тільки правильно скоординовані заходи можуть забезпечити плавну передачу пацієнтів до багатонаціонального медичного закладу (ЕМЕ).

Потреба регулювати і координувати потік пацієнтів існує в кожному оперативному середовищі, не зважаючи на розмір розгорнутих сил. Для досягнення місії система медичної евакуації (МедЕвак) повинна мати наступні можливості у відповідності зі стандартами медичних і оперативних принципів, як це визначено Військовим комітетом (МС) [6]:

а. Можливість евакуювати потерпілих до або між закладами (МТФ) протягом 24 годин на добу, за будь-якої погоди, з будь-якої місцевості у будь-яких умовах і в будь-якому сценарії операції, поки це можливо в даній ситуації в даний момент. Організація евакуації також має визначати альтернативні засоби, щоб забезпечити надання допомоги, навіть якщо сама евакуація обмежена через оперативні, екологічні або технічні причини.

б. Надання необхідної медичної підтримки (допомоги) потерпілим під час евакуації протягом всього часу переміщення відповідно підготовленим клінічним персоналом зі спеціальним обладнанням, , відповідно до вимог клінічного стану кожного окремого постраждалого.

с. Можливість регулювання потоку і типів постраждалих, коли цього вимагають обставини і їх передачу відповідним медичним закладам (МТФ), своєчасне і точне відстеження потерпілих протягом усього ланцюга евакуації.

д. Чітко відслідковувати пацієнтів під час операції.

Медичне регулювання – розподіл евакуюваних поранених і хворих – це процес направлення, контролю й координування перевезення пацієнтів в межах та поза межами району операції (ЮА), тобто від місця, де було отримане поранення

або почалося захворювання і протягом усього процесу лікування, щоб забезпечити найбільш ефективно використання ресурсів лікування й евакуації, і щоб забезпечити отримання пацієнтом своєчасного належного догляду.

Для досягнення цієї мети необхідний спеціальний персонал, належно підготовлений і маючий необхідний досвід, оснащений необхідними засобами зв'язку (CIS), що забезпечує доступ до можливостей медичної підтримки, засобів евакуації і кількості потерпілих.

Підтримка пацієнтів у будь-якому районі операції (JOA) – це динамічний процес, що враховує велику кількість важливих факторів планування операції, таких як: доступ до засобів евакуації на тактичному й стратегічному рівнях; доступ до закладів (MTF), їхні професійні можливості та медичне обладнання; поточний стан наповненості кожного MTF, а також інформація про ще не виконані медичні операції; розташування аеропорту/морського порту завантаження (APOE/SPOE) та залізничних вокзалів (місця залізничної «висадки») (RPODs); клінічний стан кожного пацієнта; поточна тактична ситуація і ризик пересування до пацієнтів засобів евакуації; комунікаційний статус регулюючого ланцюга; порядок евакуації з поля бою. При кожному пацієнті мають зберігатися адекватні та повні медичні записи.

Моніторинг переміщення пацієнтів у ланцюгу евакуації – це точне і тривале спостереження за місцем перебування і точкою призначення пацієнта. Відслідковування особового складу, що був включений до ланцюга МедЕвак чи на державному, чи на міжнародному рівні, є надзвичайно важливим як для контролю клінічного стану потерпілого, готовності частини-відправника, так і для ЗМІ та сім'ї потерпілого.

Система відслідковування місця знаходження пацієнтів у ланцюгу евакуації повинна бути наближена до реального часу (в ідеалі – у реальному часі), точною і динамічною, використовувати стандартизовані заходи, що уможливають обмін інформацією і доступність штабу (HQ J1 – Відділ кадрів та управління) та медичному персоналу. Така система може значно полегшити адміністративні обов'язки J1 і зменшити страждання як пацієнта, так і його родичів. Робочі стосунки між медичним персоналом і командуванням повинні бути добре організовані та налагоджені і відповідно визначені в планах медичного забезпечення. Головні питання взаємодії наступні: а. Комплектування та кваліфікаційні вимоги до медичного персоналу штабу. б. Стандарти медичної відповідності особового складу. с. Відстеження місцезнаходжень пацієнтів. d. Звітування про втрати. e. Надання допомоги хворим. f. Моральний стан пацієнтів та персоналу. g. Розробка вимог до медичного відбору працівників ЗС НАТО.

При виконанні міжнародних миротворчих місій тривале спостереження, постійне повідомлення про місце перебування пацієнта – це складне і важливе

міжнародне завдання, що вимагає міжнародної передачі інформації. Практичні проблеми мовного бар'єру, місткості комунікаційних систем і необхідність записування інформації ще більше ускладнюють міжнародне відслідковування місця перебування пацієнтів. Тому оцінка сумісності і встановлення завдань підготовки є надзвичайно важливими, так само, як і призначення навченого і досвідченого координатора.

З метою повноцінного виконання поставлених завдань із медичного забезпечення медичний персонал штабу повинен тісно співпрацювати з персоналом інших підрозділів: кадрів, розвідки, планування, логістичного забезпечення, військово-цивільного співробітництва, юридичним, інженерного забезпечення та зв'язку. Координація і співробітництво здійснюється як на горизонтальних, так і вертикальних рівнях управління.

Внаслідок випадку із забрудненням середовища радіоактивними, хімічними чи біологічними речовинами кількість постраждалих може перевищити можливості медичної служби. Персонал служби медичного планування повинен розробити план для управління істотно перевищуючою очікуваною кількістю постраждалих та їхнього лікування. План повинен включати збирання та транспортування постраждалих, при цьому уникаючи розповсюдження зараження, і лікування інфекційних хворих. Догляд за постраждалими вимагає точної координації та комунікації між госпіталями сторони, що веде бойові дії, та сторонами - учасницями.

Медичні установи повинні бути готовими до швидкої відповіді на зазначений ризик, оскільки пік надходження постраждалих буде практично одразу після попередження. Деякі біологічні агенти можуть передаватись від людини до людини, і це може спричинити проблеми вже після первинної атаки.

Медичне регулювання в умовах застосування зброї масового ураження (ЗМУ) може потребувати змін у запланованих заходах медичної евакуації (МедЕвак) в операціях. Наявність заражених територій сама по собі спричинить прийняття нового рішення стосовно переміщення пацієнтів навколо або через заражені області. В основному, транспорт із зараженими пацієнтами повинен обмежуватись у переміщенні, що є вкрай важливим фактором при наданні допомоги. Усі дії повинні бути направлені для обмеження кількості ресурсів (активів) та людей, які заражаються. Деяка кількість активів МедЕвак може бути відряджена для застосування на визначених забруднених територіях, а інші направляються для транспортування пацієнтів між MTFs у чистих зонах. Деконтамінація пацієнтів перед евакуацією в подальшому допоможе обмежити поширення зараження вздовж ланцюга МедЕвак.

Внаслідок даного випадку може виникнути потреба в корегуванні організації роботи польового госпіталю (та інших ЕМЕ) з тією метою, аби вона відповідала і кількості, і типу постраждалих.

У керівних документах медичної служби НАТО значна увага приділяється поняттям координації медичного забезпечення при виконанні завдань військами. Координація – зв'язок між різними національними можливостями медичного забезпечення при виконанні завдань військами. Координація вимагає високого рівня організації, спільного розуміння, і достатнього рівня взаємодії. Відповідні можливості для взаємодії медичної служби із командними структурами (С2) необхідні для координації медичної допомоги. Якщо можливо, координація повинна бути встановлена з цивільними медичними установами без будь-якого оперативного управління (OPCON).

Медичною координаційною структурою в НАТО являється секція (група, підрозділ) – (MEDCC), яка може бути виконавчим органом медичної організації для всіх операцій об'єднаних оперативних сил (JTF). MEDCC координує багатонаціональні, спільні і багатофункціональні медичні питання, у тому числі аеромедичну евакуацію (AE). MEDCC буде підрозділом медичного персоналу штаб-квартири.

MEDCC розроблена як модульна структура, яка охоплює дві секції (групи): медичного планування дій (операцій) і координації евакуації пацієнтів. Керівник медичної частини (MEDDIR) може надати поради у відповідності з конкретними потребами місії щодо кількості і рівня професійної підготовки персоналу, зайнятого у MEDCC. Основна функція MEDCC - це виконання та реалізація медичних планів і виконання дій медичного керівництва, встановленого медичним радником (MEDAD). Він координує впровадження і виконання повного спектру медичних планів між усіма компонентами об'єднаних сил (JTF).

Інша функція підрозділу планування – координація поточних медичних операцій і розвитку планування медичної підтримки для майбутніх медичних операцій за вказівкою MEDCC. Він розвиває і доповнює план при масових СВ (MASCAL) на рівні театру дій і співпрацює з Координаційним підрозділом евакуації пацієнтів (PECC) у випадку його виконання. Це дає досвід, необхідний для реалізації профілактичної медицини та ведення політики щодо довкілля, під керівництвом MEDDIR. Підрозділи планування операцій координують діяльність групи з гігієни довкілля. Під час місії JTF буде потреба в кваліфікованих співробітниках для оцінки ризику для здоров'я і забезпечення профілактичної та екологічної медичної підтримки. У театрі дій (ТВД) цей персонал з відповідним обладнанням буде розташований в процесі формування сил і працюватиме під управлінням офіцера з гігієни довкілля MEDCC.

Координаційний підрозділ евакуації пацієнтів (PECC) забезпечує координацію і регулювання функцій медичної евакуації (МедЕвак) для усіх пацієнтів, що направляються за межі (по ту сторону кордону), в поєднанні з

силами і відділами логістики та управління рухом. Він відповідає за відстеження пацієнтів і підтримку бази даних про можливості медичних закладів (MTF). Він повинен функціонувати цілодобово. РЕСС повинні мати свої власні лінії зв'язку в ключових вузлах системи евакуації. Якщо виникне ситуація з масовими СВ (MASCAL), РЕСС буде виконувати рішення і діяти як зв'язок (інтерфейс) між MEDDIR і підрозділами, що залучені до MASCAL.

Спільна об'єднана доктрина з медичної евакуації (AJMedP-2) наголошує, що Національні доктрини і можливості MEDEVAC істотно відрізняються, проте, перехід до комбінованих операцій збільшує потребу в гнучкості цих структур. У той час, як ці відмінності не виключають тісну співпрацю, це вимагає тісної координації процедур для забезпечення ефективного транспортування і лікування пацієнтів у багатонаціональному ланцюзі медичної допомоги.

Крім того, передова MEDEVAC може координуватися з польовим госпіталем, визначеним для медичної підтримки та забезпечення медичних підрозділів, що призначені для безпосередньої підтримки на значній території (театрі бойових дій). Оскільки більшість країн не мають вертольотів для медичної евакуації, а навіть ті, що надаються, можуть бути у недостатній кількості, то повинна забезпечуватися надійна наземна MEDEVAC, як базовий рівень, із можливістю здійснення евакуації повітрям.

Детальна інформація про загальну концепцію медичної евакуації в конкретному театрі воєнних дій, на національних або міжнародних лініях контролю та звітності, координації медичних ресурсів (сил і засобів) повинні бути відображені в Оперативному плані (OPLAN).

Як визначено у STANAG 3204, Відділення управління аеромедичною евакуацією (АЕСС) є засобом управління, який встановлюється командиром дивізії повітряного транспорту, ВПС або повітряного командування. Він працює разом з центром керування руху. Відділення контролює перевезення пацієнтів. Коли встановлено РЕСС, воно, як правило, буде брати на себе обов'язки медичної координації для перевезення постраждалих.

Якщо пацієнти повертаються до своєї країни, необхідні механізми для їх безпечного і належного прийому. Це вимагає планування кількості хворих, у тому числі тих, хто потребує спеціалізованої допомоги, у т.ч. опікових ліжок.

В системі ЛЕЗ створюються Команди повітряної підтримки і критичного догляду (ССАСТ). Команди ССАСТ є спеціалізовані групи, що складаються зі спеціалістів анестезіологів-реаніматологів, для критично хворих пацієнтів, які транспортуються АЕ, у тому числі на апараті ШВЛ. Вони включають в себе анестезіологів, медсестер відділення інтенсивної терапії, інший медичний персонал підтримки, іноді також спеціаліста з інженерного забезпечення обладнання під час польоту. Команди ССАСТ зазвичай можуть перевозити 2

пацієнтів на вентиляції на кожного анестезіолога і вимагають додаткового місця в літаку для обладнання та доступу до пацієнта.

На випадок появи інфекційних хворих передбачається повітряний мобільний ізолятор (АТІ). В ідеалі, АТІ надає можливість транспортувати інфекційного хворого. АТІ служить бар'єром і убезпечує перевезення пацієнта, не піддаючи небезпеці медичну команду або команду повітряного судна.

Отже, ключовим моментом успішної медичної евакуації є чітко налагоджене управління процесом, у тому числі можливості відслідковування пацієнтів і сповіщення (донесення) як елемент медичного регулювання. З цією метою в складі медичної служби країн – членів НАТО передбачена розгалужена мережа координуючих структур у вигляді координуючого офіцера з питань аеромедичної евакуації (АЕСО), офіцера зв'язку аеромедичної евакуації (АЕЛО), підрозділу координації евакуації хворих та поранених (РЕСС), команди повітряної підтримки і критичного догляду (ССАСТ) та інших, які функціонують на основі налагодженої системи зв'язку з командуванням, ЕМЕ та між собою.

На завершення і для порівняння слід зазначити, що в Збройних Силах України усі процедури, пов'язані з медичною евакуацією, визначені відповідними керівними документами [1-3]. На жаль, попередні реформи ліквідували структури медичної служби, які відповідали за організацію управління та координацію усіх етапів медичної евакуації. В зазначених настановах ці функції залишаються в компетенції начальників медичних служб усіх рівнів. Вивчення досвіду організації медичного забезпечення провідних країн світу підтверджує нагальну необхідність створення структур, відповідальних за регулювання, відстеження поранених і хворих та координацію евакуаційних потоків, про що свідчать численні недоліки в роботі медичної служби в зоні антитерористичної операції [7-8].

### **Висновки**

1. Реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України у попередні роки призвело до ліквідації штатних органів управління медичною евакуацією (евакуаційних пунктів, управління госпітальних баз). Начальники медичних служб (НМС) і начальники ЗОЗ (командири медичних частин, підрозділів), на яких покладена функція управління цим процесом, не мають належних сил і засобів для її виконання.

2. Досвід організації медичного забезпечення ЗС України в АТО свідчить про важливість такого питання, як координація (регулювання) медичної евакуації із району бойових дій у тил країни з метою прискорення надання усіх видів медичної допомоги у встановлені терміни, зменшення летальності та інвалідності серед поранених і хворих.



3. Досвід застосування штатних органів координації і регулювання евакуацією поранених і хворих, отриманий країнами – членами НАТО під час бойових дій, переконливо свідчить про необхідність створення таких органів і в системі медичного забезпечення ЗС України.

4. Включення органів координації і регулювання евакуацією поранених і хворих в систему лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України потребує наукового обґрунтування їх організаційно-штатної структури і нормативно-правового забезпечення їх діяльності.

### **Література**

1. Тимчасова настанова з медичного забезпечення військових частин, з'єднань ЗС України на особливий період/ Наказ ГШ ЗСУ від 26.03.2016 р. № 121.

2. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період/ Наказ ГШ ЗСУ від 02.03.2016 р. № 90// за ред. Верби А.В., Хорошуна Е.М.// Київ.–2016.– 60с.

3. Доктрина медичного забезпечення ЗС України//під ред. Савицького В.Л./ Бадюк М.І., Булах О.Ю., Власенко О.М. та ін. // Затверджена наказом НГШ від 4.09.14 №221.

4. Allied joint medical doctrine for medical evacuation (Спільна об'єднана доктрина з медичної евакуації (AMedP 2, STANAG 2546)/ May 2011.

5. AJP 4.10(B) Allied joint medical support doctrine.– Brussels: Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, 2015. – 170 p. (Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення).

6. MC 326/3. NATO principles and policies of operational medical support. 2011– 27 p. (Принципи і політика медичного забезпечення НАТО).

7. Савицький В.Л. Проблемні питання організації медичного забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції на сході країни/ В.Л. Савицький, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах, В.С. Гульпа // Журнал Наука і оборона № 4.– 2016.– С.28-33.

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

## **КООРДИНАЦИЯ И РЕГУЛИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ И БОЛЬНЫХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ВОЙСК (СИЛ)**

**А.В. Верба, А.Н. Галушка, Ю.В. Маланич, Ю.В. Подолян,  
О.Ю. Булах, В.И. Стриженко**

**Резюме.** *Статья посвящена важному разделу лечебно-эвакуационного обеспечения войск (сил) - регулированию и координации медицинской*

*эвакуации раненых и больных. Дана характеристика структур, ответственных за координацию эвакуации в странах НАТО. Отмечается отсутствие аналогичных структур в Вооруженных Силах Украины, что могло влиять на недостатки в организации медицинского обеспечения войск (сил) в ходе антитеррористической операции на востоке Украины.*

**Ключевые слова:** *организация медицинского обеспечения, лечебно-эвакуационное обеспечение, координация и регулирование, раненые и больные, медицинская эвакуация.*

## **COORDINATION AND REGULATION OF THE SYSTEM OF MEDICAL EVACUATION OF WOUNDED AND PATIENTS WITH USE OF THE WINGS (FORCE)**

**A. Verba, A. Galushka, Yu. Malanich, Yu. Podolian**

**O. Bulakh, V. Strizhenko**

**Summary.** *The article is devoted to the important section of the medical and evacuation support of the forces (forces) - the regulation and coordination of the medical evacuation of the wounded and sick. A description of the structures responsible for the coordination of evacuation in NATO countries is given. There is a lack of similar structures in the Armed Forces of Ukraine, which could affect the shortcomings in the organization of the medical support of troops (forces) during the antiterrorist operation in the east of Ukraine.*

**Key words:** *organization of medical care, medical and evacuation support, coordination and regulation, wounded and sick, medical evacuation.*