

## ЗВІТ ПРО УЧАСТЬ В РОБОТІ І ЄВРОПЕЙСЬКОГО КОНГРЕСУ ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ

**М.П. Бойчак**, доктор медичних наук, професор, генерал-майор медичної служби, начальник Головного військово-медичного клінічного центру „Головний військовий клінічний госпіталь“

Конгрес відбувся 8-11 червня 2010 року у м.Світлогорську (Калінінградської області, Російської Федерації) на базі Світлогорського військового санаторію.

В роботі конгресу приймали участь 30 країн, в тому числі 7 країн СНД Президентом конгресу був начальник ГВМУ Російської Федерації (РФ) - начальник медичної служби ЗС РФ, професор, генерал-майор медичної служби Олександр Борисович Белевитин.

В роботі конгресу приймали участь керівники Міжнародного комітету військової медицини, а також секретар Ради міністрів оборони держав учасників СНД генерал-лейтенант О.С. Синайський.

Робота конгресу проходила в рамках пленарних засідань та трьох секцій:

- організація медичного забезпечення;
- хірургія;
- терапія.

Більшість доповідей були підготовлені науково-педагогічним складом Військово-медичної академії ім. С.М. Кірова. Видані матеріали конгресу.

Із великої кількості наукових доповідей, що були представлена конгресі, зупинюсь тільки на тих, що відображають стратегічні напрямки реорганізації та розвитку військової медицини РФ.

### 1. Організація медичного забезпечення.

Військова медицина РФ проходить реорганізацію в рамках Стратегії соціального розвитку ЗС РФ до 2020 р. З 2009 р. Міністр оборони РФ запропонував сформувати „новий облик“ ЗС РФ, відповідно проходить реформування і військово-медичної служби.

Під „новим обликом“ (новий обрис – ред.) очевидно мається на увазі реформування ЗС РФ. Судячи з наявних даних, мова йде про скорочення чисельності армії із 1 млн. 300 тис. до 1 млн., перехід армії на бригадну структуру.

Передбачається мати тільки військові частини постійної готовності (сьогодні їх тільки 17%, інші - кадровані), мати нове співвідношення: один офіцер - на 15 солдатів, один генерал - на 1100 солдатів (сержантів, старшин, цивільних службовців), вікові обмеження служби для старших офіцерів - 50 років. Прапорщиків та мічманів не буде, планується перехід до підготовки молодших командирів-контрактників.

Буде створена трирівнева система управління: військовий округ - оперативне командування - бригада.

Проблема охорони здоров'я військовослужбовців - це не тільки проблема медичної служби, але й проблема командирів всіх рівнів. Тільки в такому разі і можливо добитись успіхів. Це положення дуже зрозуміле для всіх, але на практиці не виконується. Відповідальність за стан здоров'я по-старому покладається на медичну службу.

Повним ходом йде реорганізація військово-медичної служби. В кінці 2009р. ГВМУ ЗС РФ очолив генерал-майор медичної служби Белевітін О.Б. Одночасно він очолює ВМА ім. С.М. Кірова, очільником якої він був до нового призначення.

До 2010 р. загальна чисельність військово-медичної служби скоротилась із 151 тис. чоловік до 112,5 тис., в тому числі офіцерські посади - із 8000 до 2200! Чисельність ГВМУ планується скоротити до 45 чоловік! На сьогодні ця цифра майже досягнута.

Посади офіцерів, що скоротилися, будуть замінені цивільними лікарями. Максимально збережуться військові посади за керівниками таких підрозділів як хірургічних, травматологічних, терапевтичних - тобто тих, що будуть мати вирішальне значення на особливий період.

Чисельність структур військової медицини зменшиться приблизно на 30% (так декларовано). Насправді - більше. На кінець 2007 р. до складу військово-медичних закладів МО РФ входило: 218 військових госпіталів (50 тисяч ліжок), 279 амбулаторно-поліклінічних закладів, 47 військових санаторіїв та домів відпочинку, 63 закладів санітарно-епідеміологічного нагляду, 44 закладів медичного постачання, 5 вищих навчальних закладів та ін. (Российское военное обозрение - 2007 - №3 (38) - С.56-57). Разом - близько 600 закладів. Після реформування залишиться тільки 73 заклади.

#### 1.1. Бойова та мобілізаційна готовність.

Введені в дію документи оперативного планування та бойової готовності у зв'язку з новим обрисом ЗС РФ.

Оптимізована база мобілізаційного розгортання медичної служби ЗС РФ.

Її можливості приведені у відповідність до бойового складу військ (сил).

Скасовано формування 52 (!!!) медичні з'єднання, військові частини та заклади, що будуть зайвими в перспективному складі ЗС на воєнний час.

Ті медичні військові частини (заклади), що залишаються на воєнний час

переводяться на нові штати.

Зняті мобілізаційні завдання з медичних військових частин та закладів постійної готовності!!!

#### 1.2 Лікувально-профілактичне забезпечення

##### 1.2.1 Військові госпіталі.

Гарнізонні госпіталі, поліклініки та військово-лікарські комісії військових округів переформуються в структурні підрозділи окружних (флотських) військових клінічних госпіталів шляхом приєднання.

Центральні військові госпіталі та амбулаторно-поліклінічні заклади Московського регіону переформуються в структурні підрозділи ГВКГ ім.М.М.Бурденко, ЦВКГ ім.О.О.Вишневецького та ЦВКГ ім.П.В.Мандрико.

Новий обрис медичної служби передбачає нову організаційно-штатну структуру

військових госпіталів, оснащення їх сучасною медичною апаратурою та обладнанням, будівництвом нових госпітальних комплексів.

По даним різних джерел планується значне скорочення лікувальних закладів. Так, по даним одного інтернетівського джерела, буде скорочено 66 військових госпіталів, 17 лазаретів, 83 амбулаторно-поліклінічних закладів.

Там, де будуть скорочені військові госпіталі і є військові пенсіонери планується створити невеликі амбулаторно-поліклінічні заклади. Планується будівництво нових госпіталів, але не в центрі міст, а на їх околицях, забезпечуючи зручними під'їзними шляхами, в тому числі вертольотними площадками. Планується будівництво нових госпіталів також в типових військових містечках, ємкістю 150-300 ліжок із сучасним обладнанням, включаючи навіть комп'ютерний томограф.

За прогнозами ГВМУ, до 2016 р., кожний гарнізонний госпіталь стане лікувальним закладом, де буде в повному обсязі надаватись кваліфікована допомога з елементами спеціалізованої, в кожному базовому госпіталі - спеціалізована медична допомога, а кожний окружний госпіталь повинен стати госпіталем спеціалізованої і високотехнологічної медичної допомоги.

Продовжується інтеграція військових госпіталів і поліклінік.

У зв'язку із скороченням військових госпіталів була проведена велика робота по перезакріпленню контингентів МО до нових військово-медичних закладів за територіальним принципом, укладанню договорів з лікувально-профілактичними закладами державних та муніципальних систем охорони здоров'я по наданню медичної допомоги військовослужбовцям в гарнізонах, де військово-медичні заклади розформовані.

Сформована трьохрівнева система медичного забезпечення військ з типовим складом сил і засобів:

1- й - гарнізонний рівень;

2-й - рівень об'єднання, військового округу;

3-й - заклади центрального підпорядкування.

Основу цієї системи складають військові госпіталі з філіалами для надання стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної допомоги в окремих гарнізонах, а також госпіталі центру.

Для адекватного виконання заходів вторинної профілактики заплановано переоснащення сучасними пересувними зразками медичної техніки 22 пересувних диспансерних відділень, що дозволить проводити диспансеризацію прямо на місцях дислокації військ.

Під час роботи конгресу демонструвались:

Пересувний рентгено-діагностичний комплекс (ПР ДК) призначений для виконання рентгеноскопичних, рентгенографічних, ультразвукових і флюорографічних досліджень.

Лабораторія клініко-діагностична (ЛК ДП-О1) призначена для виконання загальноклінічних, біохімічних, серологічних досліджень в польових умовах.

Пересувний стоматологічний комплекс (ППСК-01) призначений для надання терапевтичної, хірургічної та ортопедичної стоматологічної допомоги в польових умовах.

Всі ці комплекси розміщені в кузові-фургоні на шасі КАМАЗ.

#### 1.2.2. Санаторно-курортне забезпечення.

32 санаторно-курортних закладів будуть переформовані в філіали 12 військових санаторіїв по територіальному принципу.

Стратегією передбачено, що шлях розвитку санаторно-курортного лікування і організованого відпочинку - в створенні багатофункціональних санаторно-курортних комплексів, в яких буде проводитись:

медико-психологічна реабілітація військовослужбовців;

комплекс реабілітаційних заходів після госпітального лікування; організований відпочинок сімей військовослужбовців;

дитячий оздоровчий відпочинок.

В санаторіях передбачається розвиток програм медико-психологічної реабілітації, в першу чергу для підводників, моряків, льотного складу, чергових змін ракетних військ

стратегічного призначення, десантників, поранених та хворих, що постраждали при виконанні обов'язків військової служби, учасників бойових дій (останніх на сьогодні нараховується більше ніж 112 тисяч, серед них і інваліди - учасники Великої вітчизняної війни - біля 28 тисяч, інваліди - учасники бойових дій - більше ніж 12 тис., інваліди - учасники ліквідації аварії на ЧАЕС - більше ніж 3,5 тис. та ін.).

#### 1.2.3. Інші засади

Центральна військово-лікарська комісія переформується в структурний підрозділ ВМА ім. С.М. Кірова та передислоковується до С.-Петербургу.

364-а Центральна патологоанатомічна лабораторія МО РФ переформується в структурний підрозділ ВМА ім. С.М. Кірова та передислоковується до С.-Петербургу.

В округах залишаються Центри судово-медичних та криміналістичних експертиз. Центри судово-медичних та криміналістичних експертиз БФ та ЧФ, що утримуються на фондах і всіх видах забезпечення на флотських госпіталях, будуть включені до складу флотських госпіталів.

#### 1.3. Санітарно-епідеміологічне забезпечення.

Центри держепіднагляду видів (родів військ) ЗС РФ будуть переформовані в структурні підрозділи (філіали) Головного державного центру держепіднагляду МО Росії. Головні санітарні лікарі видів (родів військ) ЗС РФ стануть начальниками філіалів Головного державного центру держепіднагляду МО Росії.

Територіальні центри держепіднагляду будуть переформовані в структурні підрозділи окружних (флотських) центрів. В округах і на флотах буде по одному центру держепіднагляду.

Кількість центрів держепіднагляду скоротиться з 51 до 11 (8 - в округах, та 3 - в центрі).

В доповіді головного санітарного лікаря МО Росії В.Г.Акимкіна серед заходів розвитку санітарно-епідеміологічного нагляду йшлося також про подальшу роботу „по формуванню центрів держепіднагляду як федеральних державних закладів“.

Слід відмітити непогані досягнення епідеміологів в профілактиці інфекцій. Відпрацьовані алгоритми практичного застосування цілого ряду вакцин для профілактики актуальних інфекцій (вірусний гепатит А, дитячі інфекції, позагоспітальні пневмонії та ін.), взагалі основний акцент в профілактиці інфекційних захворювань зроблено на імунопрофілактику.

Так, в доповіді професора П.І. Огаркова було показано, що вакцинація особового складу проти гепатиту А (вакцина „Хаврикс“) привела до зниження захворюваності в 260 раз, а на Північному Кавказі - навіть в 400 раз. Таким чином, гепатит А став керованою інфекцією. Сьогодні в РФ гепатит А практично не зустрічається, навіть у Південних регіонах. Вакцинація проти кору за останні 10 років призвело до зниження захворюваності в сотні разів.

Застосування з 2007 р. пневмококової вакцини дозволило знизити захворюваність на позагоспітальні пневмонії з 55% до 22%.

У військах широко застосовується безголковий ін'єктор БИ-30М, нові дезінфекційно-душові комплекси, нові дезінфекційні автомобілі, технічні засоби очистки і дезінфекції повітря на об'єктах розміщення військовослужбовців тощо.

1.4. Система медичного постачання і створення мобілізаційних запасів.

Кількість закладів медичного постачання зменшиться радикально, із 46 до 9 (один в центрі і по одному в округах і флотах).

Заклади медичного постачання центрального підпорядкування будуть переформовані в структурні підрозділи 662-го Центру забезпечення медичною технікою та майном.

В округах і на флотах буде по одному Центру забезпечення медичною технікою та майном. До їх складу будуть включені існуючі заклади медичного постачання і мобілізаційні заклади.

Бюджет МО розрахований лише на лікування військовослужбовців (1 млн. чол.), а згідно чинного законодавства на медичному

забезпеченні військово-медичної служби знаходиться біля 7 млн. чол.

На конгресі було представлено декілька доповідей, присвячених медичному постачанню (Белевітін О.Б., Мірошніченко Ю.В., Горячов А.Б. та ін.).

Сучасна система медичного постачання буде будуватись за трьома рівнями:

I рівень - центр. На цьому рівні здійснюються: формування пропозицій по номенклатурі та кількості необхідного медичного майна, що закупається централізованим порядком; обґрунтування необхідності в грошових коштах для закупок майна; централізоване забезпечення медичним майном центральних та окружних (флотських) військово-медичних закладів; фінансування децентралізованих закупок медичного майна на місцях тощо.

II рівень - військовий округ (флот). На цьому рівні здійснюються: формування пропозицій щодо необхідного медичного майна й грошових коштів та їх витребування в ГВМУ; прийом медичного майна, що надходить згідно з планами централізованого постачання, його розподіл та видачу; проведення децентралізованих закупівель медичного майна в інтересах медичної служби округу (флоту) тощо.

III рівень – територіальна зона відповідальності (відділи медичного постачання та аптеки базових військових госпіталів, аптеки медичних пунктів військових частин, що дислоковані в територіальних зонах відповідальності). На цьому рівні здійснюються заходи по забезпеченню медичним майном військового госпіталю і частин, закріплених до нього на медичне постачання, методичне керівництво діяльності фахівця по медичному постачанню і т. ін.

Підвищення доступності і покращення якості медичної допомоги безпосередньо пов'язане із вдосконаленням формулярної системи, що базується на стандартизації медичної допомоги і формулярних списках лікарських засобів. Крім того, формулярна система дозволяє переламати тенденції

нераціонального використання ліків, хаотичного та безсистемного витрачання грошових коштів, що виділяються на їх закупки. В ГВМУ цією роботою займається формулярна комісія. На сьогодні військово-медична служба РФ користується уже четвертим виданням формулярного списку, що налічує 591 мінімально необхідних лікарських засобів, в т.ч. 480 із переліку життєво необхідних.

Лікарські засоби групуються за трьома формулярними списками:

для військової ланки медичної служби;

для базового (гарнізонного, військово-морського) військового госпіталю.

для окружного (головного, військово-морського), головного та центральних військових госпіталів, клінік ВМА ім. С.М. Кірова.

Спеціалістами ГВМУ відпрацьовані методичні підходи, що дозволяють навіть в умовах дефіциту бюджетного фінансування, здійснювати закупки лікарських засобів за переліком і обсягами, що забезпечують надання медичної допомоги відповідно до державних гарантій. Усі підходи лягли в основу наступних рекомендацій:

закупки лікарських засобів, необхідних для надання медичної допомоги пацієнтам з типовим перебігом захворювань проводяться на основі стандартів медичної допомоги і по номенклатурі, що включена в формуляр лікарських засобів медичної служби ЗС РФ і відповідають життєво важливим лікарським засобам;

закупки лікарських засобів, що не входять до формулярних списків, але необхідні для хворих з нетиповим перебігом захворювань здійснюються тільки при наявності відповідного висновку консилиуму;

закупки інфузійних розчинів, що можуть бути виготовлені в аптеках військово-медичних закладів (розчини глюкози, натрію хлориду, новокаїну та ін.) необхідно звести до мінімальних об'ємів.

На закупки лікарських засобів витрачається 70-75 % грошових коштів (біля 1900 млн. крб.), що виділяються медичній службі, але це складає 30% від необхідної суми.

Під час закупівель враховується необхідність створення резерву лікарських засобів для вирішення невідкладних ситуацій, а також необхідність мати лікарські засоби для так званої „адресної“ медикаментозної допомоги - для ветеранів, для хворих, залежних від прийому медикаментів і т. ін.

У середньому 50% коштів виділяється для централізованих закупок і 50% - для децентралізованих. В 2009 р. для виконання Державного оборонного замовлення в МО було сформовано Управління державного замовлення, а Центр замовлень і доставок Тилу ЗС РФ було розформовано. Державне оборонне замовлення на 2010 р. сформовано на суму 2 млрд. 985 млн. крб.

Закінчена розробка нової системи комплектно-табельного оснащення (КТО) військової ланки медичної служби. Нова система КТО передбачає наявність 45 найменувань аптечок, сумок, комплектів медичних виробів та наборів медичних замість 71 найменувань. Це дозволить оптимізувати зміст НЗ і зменшити затрати при їх освіженні.

Нові зразки КТО включають тільки ті вискоєфективні лікарські засоби та медичні вироби, що довели свою ефективність на практиці, та придатні для застосування в польових умовах. Номенклатура медичного майна, що входить до складу аптечок, сумок, комплектів і наборів медичних ділиться на ту, що зберігається в запасах мирного часу (подвійного призначення) використовується в повсякденній діяльності і зраховується в забезпечення частин на воєнний час, і на ту, що не зберігається в запасах мирного часу і належить до закладок на особливий період.

#### 1.5. Військово-медична освіта.

У зв'язку із зменшенням потреби у військових лікарях (щорічна необхідність 300 чол.) були прийняті рішення про розформування спочатку Нижньоновгородського, потім Саратовського, Самарського та Томського військово-медичних інститутів. На черзі (до 2013 р.) стоїть розформування Державного інституту вдосконалення лікарів МО РФ (м.Москва).

В 2009р. було ліквідовано 114-й навчальний центр, планується розформувати 406-й навчальний центр підготовки молодших медичних спеціалістів. Сьогодні посади молодших медичних спеціалістів на 60% укомплектовані військовослужбовцями за контрактом. Інші посади будуть комплектуватись військовослужбовцями строкової служби, що мають підготовку в школах РОСТО і за рахунок адресного призову молоді з числа тих, що закінчили вищі та середні медичні навчальні заклади.

Замість факультету керівного складу медичної служби ВМА ім.С.М.Кірова створюється магістратура. В 2010 р. в академії розроблено макет Федерального державного освітнянського стандарту вищої професійної освіти за напрямку підготовки „управління медичним забезпеченням військ (сил)“, в тому числі по спеціалізації „управління санітарно-епідеміологічним надзором та токсикологічною безпекою“. Призначення та обсяг навчального часу підготовки магістра аналогічні випускникам факультету керівного медичного складу.

## 2. Організаційні аспекти медичного забезпечення військ у збройних конфліктах

Цій проблемі на конгресі було присвячено декілька доповідей (О.Б. Белевитин, О.М. Шелепов, І.Т. Русев, І.М. Самохвалов, П.Н. Зубарев). В них йшлося про досвід медичного забезпечення військ в Афганістані і на Північному Кавказі.

Стара система лікувально-евакуаційних заходів на Північному Кавказі не спрацювала. Найбільший об'єм роботи припав на медичну службу військового округу на території якого велись бойові дії. На базі гарнізонних госпіталів формували спеціалізовані госпіталі за рахунок підсилення їх групами спеціалізованої медичної допомоги. Після першої операції на Північному Кавказі знаходилось 15 таких груп (11 - нештатних і 4 штатних) і 7 медичних загонів спеціального призначення.

В 1999-2002 р. в лікувальні заклади надійшло близько 100 тисяч поранених і хворих. Лікування закінчили 90 %, померло 2%

поранених та 0,5% хворих, інші - були звільнені з військової служби.

Такі результати були досягнуті за рахунок скорочення часу медичної евакуації поранених та хворих до лікувальних закладів. Це в свою чергу досягнуто за рахунок наближення етапів медичної допомоги до постраждалих, та за рахунок широкого використання аеромедичної евакуації.

Етапи медичної допомоги знаходились від умовної лінії поля бою:

МПП - 400-500 м (в класичному варіанті – 6-8 км.)

ОМСБ - 800-1000 м (в класичному варіанті – до 12 км.)

МОСН - 2-5 км ( в класичному варіанті – до 25 км.).

Долікарська медична допомога надавалась на протязі 5-15 хвилин, 1-а лікарська допомога - біля 50 хвилин, кваліфікована хірургічна допомога - не пізніше 2 годин, спеціалізована допомога по невідкладним станам, хворим, що поступали із полків (медичних рот) - за 2 години, хворим, що поступали із медсанбатів - за 20 годин.

Немалий ефект у виходах лікування дало інтенсивне проведення санітарно-протиепідемічних заходів (імунопрофілактика інфекційних) захворювань, забезпечення військ доброякісною водою та ін.), а також професійне планування та управління медичним забезпеченням.

У сучасних умовах локальних війн велика вірогідність, що бойові дії будуть проходити на території одного чи декількох військових округів, а надання медичної допомоги пораненим та хворим буде проводитись силами медичної служби округу. Але не завжди дислокація медичних закладів, ліжкова потужність і структура ліжок у військових госпіталях і санаторіях, оснащення й укомплектованість лікарями відповідають вимогам та умовам бойової обстановки, можливостям надавати пораненим та хворим необхідну медичну допомогу.

Одним із напрямків вирішення цієї проблеми є організаційне та функціональне

об'єднання вищевказаних медичних структур, завчасне збільшення ліжкової потужності та адаптація структури госпітальних ліжок до структури поранених і хворих, підсилення їх відповідними фахівцями та медичним майном. Створена по такому принципу медична структура отримала назву „госпітальна база (стаціонарна)“. В РФ такі бази створюються з 2008 р.

Раніше, за радянських часів, теж була схожа структура - Госпітальна база військового округу, але завдання її були інші.

Причини формування Госпітальної бази сьогодні: оборонна доктрина ЗС РФ; позиційна дислокація військ; неможливість та нерациональність утримання в постійній готовності великої кількості мобілізаційних формувань; наявність достатньої кількості ліжок в лікувальних закладах військового округу та лікувальних закладах інших силових міністерств, що знаходяться на території округу.

Організаційно Госпітальна база складається з трьох основних модулів:

#### 1. Модуль управління.

Як правило, управління Госпітальною базою є нештатним і комплектується за рахунок сил і засобів військового округу, силових міністерств та відомств, що дислокуються на території округу. Очолює Госпітальну базу начальник медичної служби округу. Чисельність управління 10-15 чол. До складу управління входять лікарі-фахівці, за напрямками діяльності - головний хірург, терапевт і санітарний лікар, а також офіцери, що відповідають за планування медичного забезпечення та евакуацію поранених і хворих.

#### 2. Стаціонарний модуль.

До складу даного модуля включаються стаціонарні госпіталі, санаторії, дома відпочинку та інші заклади, які заздалегідь профілюються : військові багатопрофільні госпіталі (5-6), інфекційні польові госпіталі (1-2), госпіталі для легкопоранених (1-2), центри реабілітації на базі військових санаторіїв, станція переливання крові, медичні склади, патологоанатомічна лабораторія, військово-лікарська комісія, судово-медична лабораторія,

структури санітарно-епідеміологічного нагляду та ін.

#### 3. Мобільний модуль

Організаційно він може складатись із мобільних структур: медичних загонів спеціального призначення (2-3), окремих медичних батальйонів (1-3), пересувних відділень медичних складів (1-2), пересувні санітарно-епідеміологічні групи (2-3).

У доповіді проф. І.М. Самохвалова, присвяченій урокам Кавказької війни, акцентувалась увага на наступних важливих постулатах:

1. Скорочення етапності надання медичної допомоги за рахунок аеромедичної евакуації поранених дозволила зменшити число ускладнень в два рази, знизила летальність в два рази.

2. Перша та долікарська допомога залишаються основними для врятування життя військовослужбовців. При правильному її наданні летальність зменшується в 3-4 рази. Перша лікарська допомога теж є головним видом догоспітальної допомоги. Її ефективність значно зростає за рахунок підсилення хірургічними та анестезіологічними бригадами. Якщо „винести“ першу лікарську допомогу на батальйонний рівень, то ефективність ще більше зростає. Кваліфікована хірургічна допомога також перетерпіла зміни. Її зусилля були перенесенні на медичну роту бригади, де було виконано 10 % всіх невідкладних оперативних втручань. Спеціалізована хірургічна допомога ешелонувалась з метою максимального скорочення термінів її надання. Розпочиналась вона в передових багатопрофільних госпіталях з групами підсилення із Центра.

3. Необхідно передбачити хірургічне підсилення всіх ланок надання невідкладної допомоги. В доповіді проф. О.Б. Белевітіна, І.М. Самохвалова, інших виступаючих, неодноразово підкреслювалась необхідність більш якісної підготовки військового лікаря в плані уміння надавати невідкладну допомогу. Вони повинні мати спеціальну підготовку по швидкій медичній допомозі та пройти базове навчання по хірургії в інтернатурі.

4. Сучасна військово-польова хірургія розвивається у відповідності розвитку хірургії взагалі (хірургічна реанімація, тактика багатоетапного хірургічного лікування, ендовідеохірургія, малоінвазивні технології, робототехніка та ін.) і в рамках можливостей, що визначається існуючою воєнною доктриною.

Локальні асиметричні війни і збройні конфлікти низької інтенсивності дозволяють широко використовувати при наданні хірургічної допомоги пораненим методологію травмоцентрів мирного часу – „двоетапну“ хірургічну допомогу.

Враховуючи, що в мирний час держава не може мати необхідної кількості військових хірургів, що будуть необхідні в ході воєнних дій, необхідна постійна широка пропаганда принципів військово-польової хірургії (причому не тільки серед хірургів, оскільки на посади військових хірургів прийдеться перенавчати і лікарів з нехірургічними спеціальностями).

### 3. Місце медичної служби в ЗС РФ.

ГВМУ У мирний час підпорядковується МО РФ, У воєнний - начальнику Генерального штабу.

Коротка історія підпорядкування.

В Радянській армії медицина була у підпорядкуванні в тилу. Лікар підпорядкувався тому, кого повинен був контролювати.

В 1993 р. ЦВМУ було переформовано в ГВМУ і напряму підпорядковано Міністру оборони РФ. Коли військові медики стали заробляти кошти, керівники тилу МО звернули на це увагу і з часом добились, що ГВМУ знову було підпорядковано Тилу ЗС. Це сталося в 1997 р. ГВМУ знову було переформовано в ЦВМУ, як одне із багатьох центральних управлінь тилу.

В 2007 р. ГВМУ знову підпорядковано Міністру оборони РФ. Тоді ж підпорядкування начальника ГВМУ були передані військово-медичні заклади видів (родів) військ ЗС, головних і центральних управлінь МО РФ. Це були 58 військово-медичних частин і закладів, 39 із них - передали до центрального підпорядкування, 19 - в підпорядкування

начальників медичної служби округів (флотів) по територіальному принципу.

Неможливість медицини бути у підпорядкованості тилу очевидна. Крім того, що лікар має контролювати працівників тилу, це неможливо і в суттєвій різниці в системах матеріального і медичного забезпечення військ в технологічному плані. Якщо тилкові служби сьогодні працюють і побудовані по принципу періодичного (1-2 рази на добу) підвозу і постачання, то медична служба має безперервно (вдень і вночі) вести пошук поранених, їх евакуацію, проводити поетапне, послідовне лікування при вирішальному факторі часу.

Новий начальник ГВМУ генерал-майор медичної служби О.Б. Белевітін, який має особистий досвід надання медичної допомоги в Афганістані, відносно місця військової медицини, безкомпромісний: „Санітарний інструктор, військовий фельдшер, військовий лікар, що працюють на полі бою - який же це тил?“

В рамках I Європейського конгресу по військовій медицині була проведена нарада начальників медичної служби країн СНД. Одноголосно було прийнято рішення про створення Комітету начальників медичної служби країн СНД, головою якою було обрано начальника ГВМУ - начальника медичної служби ЗС РФ генерал-майора медичної служби Белевітіна О.Б. В зв'язку з цим була прийнята резолюція учасників конгресу від країн СНД. Була розглянута домовленість про проведення щорічних зустрічей (нарад, конференцій) представників медичної служби країн СНД, на яких мають обговорюватись найбільш актуальні проблеми військово-медичної служби. На слідуюче зібрання всіма одноставно запропоновано винести проблеми організації військово-медичних служб країн СНД. Робота комітету має включати також участь військових лікарів у спільних конференціях, конгресах, військових навчаннях, обмін публікаціями, підготовку фахівців, обмін делегаціями тощо.