

Література

1. Досвід організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції / Матеріали науково-практичної конференції 18.12.2014 р.– Тези доповідей.–Київ:, УВМА, 2014.–108с.
2. Савицький В.Л. Наукове обґрунтування напрямків інтеграції системи медичного забезпечення силових міністерств і відомств з цивільною системою охорони здоров'я держави / В.Л. Савицький, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах // Наука і практика-2014.- №2-3.- С.39-45. Бібліографія-С.44
3. Сохін О.О. Стратегія збереження життя поранених у сучасних війнах та за надзвичайних ситуацій мирного часу / О.О. Сохін, О.Ю. Булах, Л.М. Черней // Наука і оборона.– 2006.– №1.– С.44-48.
4. Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО: Навчальний посібник / О.О.Сохін, О.В.Ричка, О.Ю.Булах та ін. За ред.. В.Д.Юрченка, В.В.Вороненка.- К.,2006.-368с.
5. NATO medical handbook / The committee of the chiefs of military medical services in NATO // HQ NATO Brussels, Belgium, January 2001.– 175 p.
6. АЖР 4.10 – Єдина військово-медична доктрина ОЗС НАТО.– 2006 р.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Бадюк М.І.

УДК 614.2:355 (477)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ОПЕРАТИВНО-ТАКТИЧНОГО РІВНЯ В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

М.І. Бадюк, доктор медичних наук, професор, начальник кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

Б.Б. Жупан, полковник медичної служби, кандидат медичних наук, доцент, начальник клініки офтальмології Головного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ”

В.В. Солярник, кандидат медичних наук, доцент, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

Д.В. Ковида, капітан медичної служби, викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

Резюме. Проведено аналіз існуючої системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) оперативного-тактичного рівня Збройних Сил України у відповідності до сучасних умов та обґрунтовано основні заходи з її удосконалення.

Ключові слова: система лікувально-евакуаційне забезпечення, оперативного-тактичний рівень, батальйонна тактична група.

Вступ. Аналіз сучасних збройних конфліктів демонструє, що характер ведення бойових дій докорінно змінився від широкомасштабних війн класичного типу до локальних збройних конфліктів, асиметричних війн з елементами тероризму [1-3].

Це пояснюється, перш за все, збільшенням потужності зброї у війнах останнього століття, що супроводжується суттєвими втратами населення

та економічного потенціалу, а поява зброї масового ураження взагалі поставила під сумнів можливість користування трофеями перемоги в наслідок негативних екологічних та інших чинників.

Ріст бойової ефективності сучасних засобів збройної боротьби, особливо високоточних боєприпасів, дає можливість здійснювати нанесення потужних і раптових руйнівних вогневих ударів на велику глибину – сотні

кілометрів, без висування і повного розгортання основних угруповань військ [6-7]. Характерним є динамічний осередковий характер бойових дій, нерівномірне просування на окремих операційних напрямках при глибоких взаємних вклиненнях угруповань військ [1-3, 8, 10]. Як свідчить аналіз ведення бойових дій ЗС України із російсько-терористичними формуваннями на сході, останні ведуться переважно ротними і батальйонними тактичними групами (РТГр та БТГр), що є достатньо маневреними та ефективними для виконання поставлених завдань [1-3, 6-7, 12].

Зміна форм ведення бойових дій ЗС України ставить додаткові вимоги перед військово-медичною службою щодо організації лікувально-евакуаційних заходів (ЛЕЗ) військовослужбовців, які беруть участь в антитерористичній операції.

Мета: оптимізація системи лікувально-евакуаційного забезпечення військових підрозділів і частин ЗС України оперативно-тактичного рівня в умовах збройного конфлікту.

Результати дослідження та обговорення. Своєчасність надання медичної допомоги пораненим була і залишається основним принципом медичного забезпечення військ. Проте, не дивлячись на зазначене, результати аналізу наукових джерел інформації свідчать про відсутність єдиного усталеного погляду на кількісні значення часових показників щодо надання певних видів медичної допомоги пораненим [4, 8, 10-11, 15].

За свідченнями авторів [4, 8, 10-11, 15] найбільш раціональною формою організації медичного забезпечення є дотримання «напівської» концепції з надання медичної допомоги пораненим, що базується на правилах «золотої хвилини», «золотої години» та «правилі 4 годин».

Так, у різних наукових джерелах інформації країн-членів НАТО «золота година» – це час витрачений на медичну евакуацію потерпілого до передових лікувальних закладів, що повинен становити не більше 1-ї години з моменту поранення [4]. Враховуючи, що передовим лікувальним закладом у ЗС країн-членів НАТО є медичний пункт батальйону (МПБ), де у штаті наявні лікарі загальної практики, у зазначений проміжок часу має бути надана первинна медична допомога [4, 8, 10 13-14].

З погляду на існуючу організаційно-штатну структуру медичних підрозділів військових частин ЗС України оперативно-тактичного рівня, нами були проведені розрахунки функціонального навантаження на кожен із елементів цієї ланки існуючої системи ЛЕЗ.

Із літературних джерел [3-5, 9-11] відомо, що санітарні втрати будуть розподілені не рівномірно як територіально між механізованими ротами БТГр, так і за часом виникнення. Очевидно, що евакуація поранених до медичного посту роти (МПП) буде здійснюватися, в основному, методом виносу із залученням позаштатних санітарів-носіїв взводів. Тому, з урахуванням імовірних санітарних втрат на рівні РТГр, при плануванні лікувально-евакуаційних заходів, необхідно завчасно передбачити необхідну кількість ланок (команд) позаштатних санітарів-носіїв.

Відомо, що на рівні РТГр, як і за класичною ЛЕЗ, організовується МПП або пост санітарного транспорту, поблизу РТГр. Організацію медичного забезпечення у РТГр покладено на санітарного інструктора, у функціональному підпорядкуванні якого перебувають стрільці-санітари взводів [5].

На рівні БТГр медичне забезпечення організовує начальник МПБ, який розгортає МПБ на відстані від переднього краю до 3 км. Відповідно до нормативів оперативної побудови бойового порядку бригади в обороні, медична рота бригади розгортається на відстані до 12 км від переднього краю.

Із врахуванням часу, затраченого на евакуацію пораненого з поля бою до МПП, для забезпечення принципу своєчасності надання медичної допомоги («золота година»), очевидним є те, що на МПБ повинна надаватись первинна медична допомога, а тому в штаті МПБ необхідна наявність лікаря загальної практики або-ж, як варіант – посилення МПБ зазначеним фахівцем. Крім цього, звичайно, враховуючи особливості ведення сучасних бойових дій, неоднорідність виникнення санітарних втрат у ротах, а також їх розташування на місцевості, для проведення медичної евакуації поранених з ПСТ до МПБ є необхідним забезпечення останніх броньованим медичним автотранспортом.

В подальшому, враховуючи час, необхідний для надання первинної медичної допомоги пораненим, нами встановлено, що за існуючими функціональними можливостями, відповідно до організаційно-штатної структури МПБ, дотримання правила «золотої години» навіть за умов наявності одного лікаря, не завжди є можливим. Тому, у сучасних умовах функціонального співвідношення МПБ, БТГр і базових таборів, перші доцільно додатково підсилювати мобільними лікарсько-сестринськими бригадами (МЛСБ) на чолі із лікарем загальної практики. Дані МЛСБ можуть функціонувати як окремі медичні відділення (мобільні) у складі медичної роти бригади і бути призначеними для підсилення МПБ або організації лікувально-евакуаційних заходів на інших окремих напрямках з метою забезпечення надання первинної медичної допомоги пораненим у межах «золотої години».

Отже, враховуючи сучасні вимоги до часових показників надання медичної допомоги, на існуючу функціонально-

організаційну структуру медичної роти бригади (Медрбр), необхідно покласти завдання щодо підсилення МПБ лікарями загальної практики, броньованим медичним автотранспортом переднього краю, забезпечення медичним автомобільним транспортом для евакуації поранених з МПБ, а також надання амбулаторного і стаціонарного лікування військовослужбовцям, які перебувають у базовому лагері.

Очевидно, що за таких вимог існуюча організаційно-штатна структура Медрбр має бути суттєво удосконалена. В основі функціонально-структурних змін, крім інших, стоїть питання визначення необхідності утримання в штаті лікарів-фахівців для надання вторинної медичної допомоги (хірургів, терапевтів, анестезіологів).

З цією метою коротко розглянемо елементи системи лікувально-евакуаційного забезпечення АТО, що на сьогодні відносяться до первинної і вторинної медичної допомоги, рис.1.

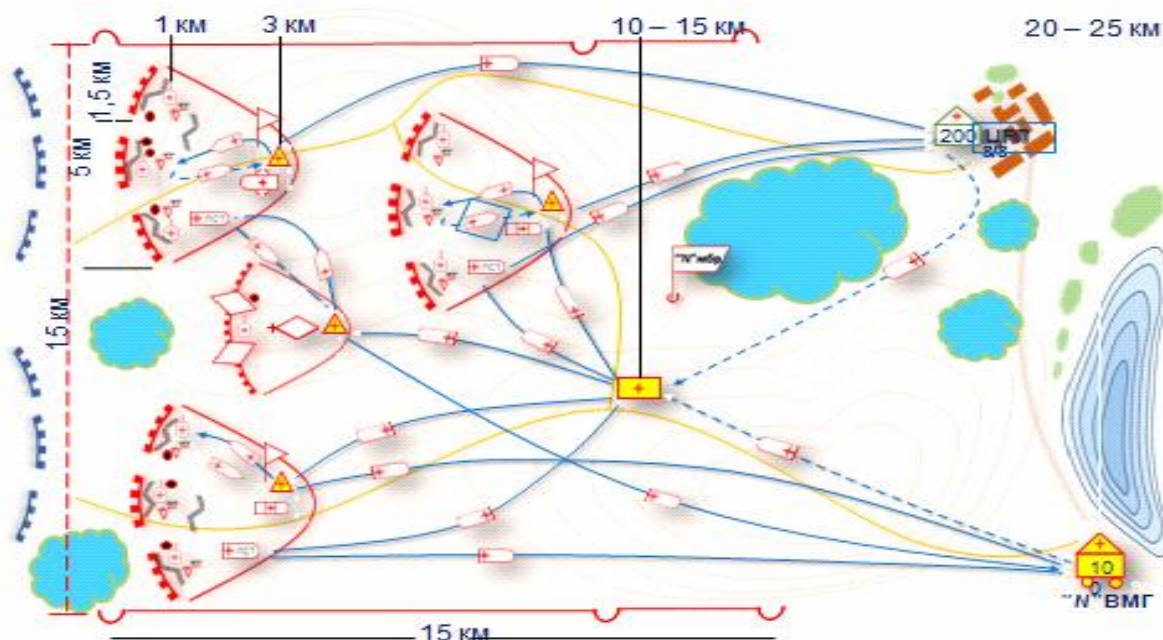


Рис. 1. Принципова схема оптимізації лікувально-евакуаційного забезпечення військових частин ЗС України оперативно-тактичного рівня в умовах збройного конфлікту

Проведений аналіз свідчить, що після надання в межах РТГ домедичної допомоги поранених евакуюють до медичних підрозділів

військових частин МПБ, МПП, Медрбр чи МЛСБ, де у 95% випадків [14], через тактичні умови переднього краю, надається первинна

медична допомога, не дивлячись на наявність серед особового складу лікарів-хірургів, терапевтів, анестезіологів тощо. Надалі евакуація поранених проводиться до мобільних військових госпіталів (МВГ) або центральних районних лікарень (ЦРБ), що у свою чергу підсилені МЛСБ де забезпечується надання вторинної медичної допомоги (невідкладної хірургії). Зважаючи на цей факт, стає очевидно, що лікарі-фахівці загального профілю (хірурги, терапевти, анестезіологи), які перебувають у МедРБ чи МЛСБ, свої функції не виконують. А тому раціональність удосконалення організаційно-штатної структури стає зрозумілою.

Відповідно до наведеного вище, до складу медичної роти бригади необхідно увести 3 медичних відділення (мобільних) на чолі з лікарями загальної практики для підсилення МПБ МедРБ власної бригади. Для надання медичної допомоги у базовому лагері формується медичне відділення (стаціонарне) та інші підрозділи. Для забезпечення медичної евакуації формується автомобільний та евакуаційно-транспортний підрозділи.

З вищенаведеного, можна зробити висновок, що сучасна система ЛЕЗ оперативно-тактичного рівня ЗС України має виглядати

Література

1. Затинайко О.І. Проблеми реформування та застосування Збройних Сил України в контексті сучасної теорії та практики воєнних конфліктів / О.І.Затинайко, М.М.Пальчук, Г.М.Потапов // Наука і оборона. – 2013. – №1. – С. 11-22.

2. Телелим В.М. Найважливіші аспекти розвитку збройної боротьби / В.М. Телелим // Військо України. – 2012. – №1-2 (138). – С. 12-17.

3. Бадюк М.І. Шляхи удосконалення системи медичного забезпечення військ на особливий період / М.І.Бадюк, В.І.Стриженко, О.Ю.Булах // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2012. – Випуск 32. – С. 97-104.

4. Доктрина Союзного Командування Європи № 85-8 «Принципи, політика та параметри планування медичного забезпечення Союзного Командування Європи» від 26 жовтня 1993 р. – 100 с.

5. Медична служба механізованої (танкової) бригади: навч. посібник. [Вороненко В.В., Бадюк М.І., Гулько В.М. та ін.]. – К.: УВМА, 2004. – 107 с.

6. Пасько В.В. Медико-соціальні наслідки «асиметричних» та «мережних» війн / В.В.Пасько,

наступним чином: РТГр (домедична допомога) – БТГр (первинна медична допомога) – ВМГ / ЦРЛ (вторинна медична допомога) – ВГ / ВМКЦ (третинна медична допомога). При цьому, як бачимо МедРБ перестає виконувати функцію етапу медичної евакуації.

Висновки

Для підвищення ефективності функціонування системи лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України в умовах АТО є необхідним переглянути існуючі організаційно-штатні структури медичних підрозділів оперативно-тактичного рівня ЗС України у відповідності до їх функціональних можливостей і потреб.

Основними особливостями оптимізації лікувально-евакуаційних заходів є підсилення МПБ лікарями загальної практики і забезпечення надання на цьому етапі медичної евакуації, первинної медичної допомоги в межах визначеної «золотої години».

Зняття з МедРБ функції етапу медичної евакуації і визначення завдань щодо підсилення МПБ, що відносяться до бригади, лікарями загальної практики та організації медичної евакуації в межах бригади методом «через себе».

А.С.Котуза // Військова медицина України. – 2007. – № 3. – С. 5-11.

7. Пасько В.В. Система медичного забезпечення Збройних Сил України в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності / В.В.Пасько, М.І.Бадюк, А.С.Котуза // Військова медицина України. – 2005. – Т.5, №1. – С. 5-11.

8. AJP-4.10(A). Allied joint medical support doctrine, 2006 (Reference of decision for release: NSA (MED)0562(2011)1/MedSB dated 30 May 2011). – 98 p.

9. Bricknell M.C.M. Forward medical evacuation / M.C.M. Bricknell, A.G. Johnson // Journal of Royal Army Medical Corps. – 157 (4 Suppl 2). – P. 444-448.

10. FMI 3-90.6. Heavy brigade combat team. – Headquarters, Department of the Army, 2005. – 560 p.

11. Medical evacuation. FM 4-02.2 Headquarters Department of the Army Washington, DC, 2007. – 204 p.

12. Strawder Guy S. The 'Golden Hour' standard: transforming combat health support / Guy S. Strawder // JFQ issue 41, 2d quarter. – 2006. – P. 60-67.

13. War surgery in Afghanistan and Iraq. A series of cases: 2003-2007 (Textbooks of Military Medicine)

- / S.C. Nessen, D.E. Lounsbury, S.P. Hetzn et al. – бригад ВМКЦ Південного регіону в АТО/
Walter Reed Army Center Borden Institute, 2008. – В.П.Майданюк // Доповідь на науково-практичній
400 р. конференції «Проблемні питання надання
хірургічної допомоги пораненим в АТО», квітень
14. Майданюк В.П. Аналіз ефективності 2015 р. К:ГВКГ, 2015. С.10.
функціонування мобільних лікарсько-сестринських

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Савицький В.Л.

УДК 616-08-039.74

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОЇ ТА РЕАНІМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНИМ В УМОВАХ ЗБРОЙНОГО КОНФЛІКТУ

Г.П. Хитрий, полковник медичної служби, доктор медичних наук, доцент, начальник кафедри анестезіології та реаніматології Української військово-медичної академії

В.М. Мельник, полковник медичної служби, начальник клініки невідкладної медичної допомоги, інтенсивної терапії, анестезіології, реанімації та детоксикації Головного військово-медичного клінічного ордену Червоної Зірки центру «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України – головний анестезіолог МО України

А.К. Онищенко, старший лейтенант медичної служби, ординатор відділення реанімації та інтенсивної терапії (для неврологічних і нейрохірургічних хворих) клініки нейрохірургії та неврології Головного військово-медичного клінічного ордену Червоної Зірки центру «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України

Резюме. В статті проаналізовані особливості організації анестезіологічної та реаніматологічної допомоги пораненим в умовах проведення антитерористичної операції. Вказується на необхідність збільшення штатної чисельності підрозділів анестезіології та реанімації і забезпечення ранньої евакуації поранених на етап спеціалізованої медичної допомоги.

Ключові слова: антитерористична операція, анестезіологічна допомога, інтенсивна терапія, евакуація.

Особливістю бойових дій в ході збройного конфлікту або локальної війни є їх високоманевровий характер, розширення зон відповідальності, стирання відмінностей між наступальними і оборонними операціями [1, 2]. Ці фактори можуть значною мірою ускладнити надання ефективної медичної допомоги на етапах медичної евакуації (ЕМЕ) – в медичному пункті батальйону, медичній роті бригади, військово-мобільному госпіталі, лікувальних закладах військово-медичних клінічних центрів (ВМКЦ) і територіальних госпітальних баз. Окрім того, згідно даних літератури, відмічається значне зростання

тяжкості ушкоджень внаслідок удосконалення балістичних характеристик снарядів, збільшення їх кінетичної енергії та ролі кавітаційного і ударно-хвильового пошкоджуючих механізмів [3, 4]. Також відмічається збільшення частки поєднаних і множинних поранень. За даними літератури, при бойовій вогнепальній травмі частота поєднаних поранень перевищує 40% [5, 6].

Сучасна концепція багатоетапного хірургічного лікування передбачає ранню хірургічну активність з одночасною передевакуаційною підготовкою для якнайшвидшої доставки тяжкопоранених на