

7. Сирота П.С., Трохимчук В.В. Стратегія і тактика медичного постачання в ході реформування медичного забезпечення Збройних Сил України / П.С.Сирота, В.В.Трохимчук // Військова медицина України. – 2001. – №1. – С. 50-53.

8. А.Г. Голуб, Н.І. Хомуцька Проблема ефективності медичного постачання та основні шляхи її вирішення // Зб. наук. праць УВМА „Проблеми військової охорони здоров'я”. – Вип.18. – К., 2007. – С. 377-383.

9. Удосконалення системи військово-медичного постачання на основі підходів та методів розподільної логістики / Трохимчук В.В., Убогов С.Г., Голуб А.Г., Шматенко О.П., Гульпа В.С. // Фармац. журн. – 2008 – №2. – С. 52-58.

10. Голуб А.Г. Аналіз теоретичних основ функціонування військово-фармацевтичної

логістичної системи. / Зб. наук. праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. 2007. – К.– 2007. – С.574-579.

11. Хомуцька Н.І., Голуб А.Г. До питання вдосконалення управлінської інформації в межах військово-фармацевтичної складської системи Збірник наукових праць Української військово-медичної академії “Проблеми військової охорони здоров'я”. – Вип.15. – К., 2006. – С. 560-566.

12. Голуб А.Г., Хомуцька Н.І. Шляхи реорганізації системи медичного постачання Збройних Сил України / Тези доповідей ювілейного VIII з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства, присвяченого 15-річчю організації. – Івано-Франківськ, 2005. – С. 366-367.

13. Батоврин В.К. Толковый словарь по системной и программной инженерии. – М.: ДМК Пресс.– 2012. – 280 с.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Власенко О.М.

УДК 614.2

РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ В СИСТЕМІ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

В.О. Жаховський, кандидат наук з державного управління, доцент, провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії
В.Г. Лівінський, науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. У статті розглядаються роль та значення медичної евакуації в системі лікувально-евакуаційних заходів та її залежність від розвитку структури і характеру застосування збройних сил, а також ресурсного забезпечення медичної служби. Акцентується увага, що ефективність медичної евакуації залежить від наявності достатньої кількості відповідних евакуаційно-транспортних підрозділів, санітарно-транспортних засобів та її належної організації.

Ключові слова: система лікувально-евакуаційних заходів, медична евакуація, санітарно-транспортні засоби.

Вступ. Основою медичного забезпечення військ під час їх застосування є система лікувально-евакуаційних заходів (далі – ЛЕЗ), яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації надання медичної

допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям (далі – пораненим), їх евакуації, лікування та реабілітації, а також призначених для цього сил і засобів медичної служби. Вони включають розшук і збір

поранених, послідовне надання їм медичної допомоги, евакуацію за призначенням, лікування та медичну реабілітацію [1].

Головною метою ЛЕЗ є збереження життя, надання необхідних видів та обсягів медичної допомоги, якнайшвидше відновлення боєздатності (працездатності) і повернення до строю якомога більшої кількості поранених військовослужбовців. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів полягає в етапному лікуванні поранених з їх евакуацією за призначенням.

В основу системи ЛЕЗ покладені три основні принципи надання медичної допомоги пораненим: своєчасність, послідовність і спадкоємність, які у поєднанні з евакуацією їх на етапи медичної евакуації (далі – ЕМЕ) забезпечують своєчасне надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію. Саме медична евакуація забезпечує реалізацію зазначених принципів, зокрема своєчасність і послідовність надання медичної допомоги.

Своєчасність надання медичної допомоги визначається відповідними часовими показниками (термінами) і є визначальним чинником щодо отримання позитивних результатів лікування поранених. Ефективне надання медичної допомоги досягається організацією своєчасного безперервного вивезення (винесення) поранених з поля бою (осередків санітарних втрат), проведенням медичного сортування та евакуацією їх за призначенням, наближенням сил і засобів медичної служби до районів бойових дій та їх раціональним ешелонуванням. Послідовність у лікуванні поранених забезпечується збільшенням обсягу медичної допомоги та використанням більш складних технологій її надання на кожному з наступних ЕМЕ.

Мета роботи. Дослідження ролі та значення медичної евакуації в системі ЛЕЗ, залежності її від розвитку структури і характеру застосування збройних сил, а також ресурсного забезпечення медичної служби.

Матеріали та методи дослідження. Використовувались нормативно-правові акти

з питань медичного забезпечення ЗС України, реформування і розвитку ЗС України на визначені періоди, публікації у відкритих наукових джерелах. Методи дослідження: історичний, бібліосемантичний, аналітичний, системного підходу. Об'єкт дослідження – система ЛЕЗ. Предмет – медична евакуація.

Результати дослідження та їх обговорення. Розглядаючи систему ЛЕЗ в її історичному розвитку слід зазначити, що вона змінювалася та удосконалювалася із розвитком суспільства, соціально-економічних відносин, організаційної структури і чисельності військ, їх оснащення та характеру застосування, рівня розвитку воєнного мистецтва, науки, системи охорони здоров'я держави тощо.

Встановлено, що розвиток системи ЛЕЗ відбувався під впливом двох протилежних тенденцій. Перша з них характеризується намаганням організувати лікування поранених поблизу зони бойових дій, так зване “лікування на місці”. Друга ж тенденція, яка є протилежною першій, характеризується намаганням евакуювати поранених в тил, подалі від зони бойових дій, отримала назву “евакуаційної” [2].

“Лікування на місці” у більшій мірі відповідає умовам мирного часу. При цьому кваліфіковане лікування поранених у переважній більшості випадків проводиться в лікувальному закладі, розташованому поблизу місця поранення або захворювання. Його позитивними моментами є те, що поранених лікують одні й ті ж медичні працівники від початку надання медичної допомоги і до повного одужання, а також відсутній негативний вплив несприятливих факторів, що мають місце при транспортуванні поранених. У воєнний час “лікування на місці” є переважно вимушеною мірою, що обумовлюється неможливістю або недоцільністю евакуації. Така система застосовувалась при веденні бойових дій на обмеженій території, при невеликих санітарних втратах, в умовах блокади і оточення, у передбаченні скорого закінчення бойових дій у даному районі або війни в цілому, а також при відсутності або

нестачі транспорту та при неможливості його використання через несприятливий характер місцевості або бездоріжжя. Водночас наявність значної кількості поранених поблизу району бойових дій негативно впливала на моральний стан військ, сковувала їх маневреність, відволікала сили і засоби для їх захисту. Крім того, виникала загроза їх повторних уражень і навіть знищення медичних закладів.

Тому зі зростанням величини санітарних втрат під час збройних конфліктів та розвитком транспортних засобів почала переважати “евакуаційна система” лікування, яка поєднувалася із системою лікування в ближньому тилу, що сприяло скороченню термінів повернення поранених у бойові частини. Маневреність військ та, як наслідок, необхідність частого переміщення за ними військово-медичних закладів призводили до неможливості лікування поранених у безпосередній близькості до району бойових дій та викликали необхідність застосування “евакуаційної системи” і подальшого її розвитку. Крім того, масовість санітарних втрат і нерівномірність їх виникнення вимагали створення резерву вільних ліжок у військово-медичних закладах, що також змушувало евакуювати частину поранених за межі театру військових дій. Водночас при цьому евакуація часто відривалася від лікування, внаслідок чого нерідко виникали суттєві ускладнення здоров'я поранених.

З набуттям військами спроможності пересуватися та маневрувати з'явилися нові підходи до організації їх медичного забезпечення: відтепер після надання допомоги на полі бою поранених евакуювали в тил з одночасним наданням допомоги. Відповідно до технічного прогресу та з розвитком засобів ураження, війська змінювали організаційну структуру, характер застосування, що поруч з розвитком технологій надання медичної допомоги закономірно призвело до трансформації та розвитку системи ЛЕЗ та закономірно підвищення в них ролі та значення медичної евакуації.

Значний вплив на посилення “евакуаційної” тенденції мало удосконалення

шляхів і засобів сполучення, особливо поява спочатку залізничного, а потім автомобільного й авіаційного транспорту. Не менше значення мало і удосконалення самого процесу надання медичної допомоги та лікування поранених, зумовлене розвитком медичної науки і технічним оснащенням медичної служби. У зв'язку з цим виникла (особливо при великих санітарних втратах військ) необхідність евакуації значної частини поранених до лікувальних установ, що розташовані не тільки на театрі воєнних дій, але і поза його межами, тобто там, де можна було створити необхідні умови для їх повноцінного лікування.

Слід відзначити, що “евакуаційна система”, як і система “лікування на місці”, рідко зустрічаються у практиці медичного забезпечення військ у “чистому” вигляді. В залежності від конкретних умов обстановки у деяких випадках переважало лікування уражених і хворих “на місці” – поблизу від зони бойових дій, а в інших – евакуація в тил. Особливо чітко поєднання лікувальних і евакуаційних заходів почало проявлятися у війнах на початку ХХ століття. У 1916 році професор Військово-медичної академії (м. Санкт-Петербург) В.А. Оппель вперше обґрунтував необхідність тісного поєднання лікувальних і евакуаційних заходів у єдиній системі [2, 3].

У подальшому вагомий внесок у розвиток системи ЛЕЗ зробив професор Військово-медичної академії (м. Санкт-Петербург) Б.К. Леонардов. Він довів необхідність перебудови системи етапного лікування на принципах евакуації поранених і хворих за призначенням [2, 4].

Теоретичні положення системи етапного лікування з евакуацією за призначенням були розроблені напередодні другої світової війни, організаційне ж оформлення цієї прогресивної системи лікування поранених і хворих у воєнний час відбулося під керівництвом Ю.І. Смирнова та стало основою військово-медичної польової доктрини, яка передбачала: розчленування (ешелонування) медичної допомоги; своєчасність надання і максимальне

її наближення до поранених і хворих; поєднання заходів з надання допомоги і лікування з евакуацією; наступність і послідовність у наданні медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікуванні; спеціалізацію медичної допомоги; проведення евакуації за призначенням [2, 5, 6, 7].

Система етапного лікування з евакуацією за призначенням передбачала швидку доставку пораненого на той ЕМЕ, де йому могла бути надана спеціалізована медична допомога і проведене лікування до визначеного результату, пропускаючи при необхідності проміжні етапи. Своєчасно та якісно проведена медична евакуація дозволяє також компенсувати нестачу сил і засобів медичної служби в районі бойових дій.

В сучасних варіантах застосування військ роль та значення медичної евакуації яскраво представлено у досвіді військових угруповань країн НАТО, які проводять військові або миротворчі операції за межами своїх країн і широко застосовують сучасні броньовані засоби для вивозу поранених з поля бою, а також автомобільний та переважно авіаційний транспорт для медичної евакуації.

Так, уже під час В'єтнамської війни з району бойових дій було евакуйовано вертольотами більше 90 % поранених американських військовослужбовців (Albrecht M., 1970) [8].

Аналогічна ситуація з евакуацією поранених мала місце і під час збройного конфлікту на Північному Кавказі у 1999-2002 рр. На ЕМЕ надійшло більше 37 тис. поранених і хворих (40 % поранених, опікових і травмованих та 60 % хворих), 90 % з яких госпіталізовані у лікувальні заклади, розгорнуті як у районі збройного конфлікту, так і за його межами. Як результат, з урахуванням одно-, двох- і трьохкратних переміщень одних і тих же поранених на різні ЕМЕ всіма видами санітарного транспорту було евакуйовано понад 100 тисяч поранених і хворих, із них близько 80 % – повітряним транспортом. [9, 10].

Водночас, не зважаючи на важливість та значення медичної евакуації в системі

медичного забезпечення військ, слід зазначити, що окремих наукових публікацій безпосередньо про медичну евакуацію практично немає, вона як правило розглядається в єдиній системі ЛЕЗ військ.

Що ж собою являє медична евакуація і що означає цей термін? Визначення, порядок організації та проведення медичної евакуації викладені у Тимчасовій настанові з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період (далі – Настанова), що затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 02.03.2016 року № 90 [11]. Настанова розроблена відповідно до сучасних поглядів на форми і способи застосування військ (сил) в операціях (бойових діях) та організацію їх медичного забезпечення на підставі Доктрини медичного забезпечення Збройних Сил України та з урахуванням положень Принципів і політики медичного забезпечення НАТО (МС 0326/3) [12], Спільної доктрини НАТО щодо медичного забезпечення (AJP-4.10(B) [13] та Спільної об'єднаної доктрини з медичної евакуації (STANAG 2546) [14].

Відповідно до означеної Настави, медична евакуація – це сукупність організаційних, медичних та технічних заходів щодо виносу (вивозу) поранених з поля бою та транспортування їх з одночасним медичним супроводом на ЕМЕ з метою своєчасного і повного надання необхідної медичної допомоги та лікування. Окремо слід зазначити, що транспортування поранених без медичного супроводу називається просто евакуацією поранених.

В умовах сучасної війни медична евакуація є найважливішим засобом забезпечення своєчасного надання всіх видів медичної допомоги пораненим. Вона передбачає швидку доставку їх саме на ті ЕМЕ, на яких найбільш раціонально за медичними показаннями та відповідно до бойової і медико-тактичної обстановки можна надати першу лікарську, кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу, а також провести стаціонарне лікування до повного одужання.

В основу сучасних доктринальних документів щодо організації медичного забезпечення військ як в країнах НАТО, так і у ЗС України покладений часовий показник 10-1-2, що означає надання першої медичної допомоги не пізніше 10 хвилин, надання першої лікарської допомоги протягом однієї години та невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги не пізніше двох годин після поранення [12].

Отже медична служба може мати відповідні ЕМЕ, що розгорнуті на встановленій відстані від полю бою, укомплектовані підготовленим персоналом, оснащені сучасним медичним та санітарно-технічним оснащенням, але якщо поранені не будуть вчасно вивезені (винесені) з поля бою та доставлені на ці ЕМЕ ефективність всієї системи ЛЕЗ буде знижена. Сама ж медична евакуація та її ефективність залежить від наявності відповідних сучасних санітарно-транспортних засобів, завчасної підготовки шляхів евакуації та її належної організації.

Евакуація є вимушеним заходом і негативно впливає на стан здоров'я поранених, так як під час її проведення обмежуються можливості надання повноцінної медичної допомоги та лікування. Мінімізувати цей негативний вплив на евакуйованих дозволяє скорочення часу транспортування поранених, використання сучасних засобів медичної у тому числі аеромедичної евакуації та проведення медичних заходів щодо підготовки поранених до евакуації та медичного супроводу під час її проведення.

Сучасний розвиток медичного забезпечення військ передбачає можливість скорочення кількості ЕМЕ та наближення спеціалізованої медичної допомоги до поранених, що дає змогу здійснювати медичну евакуацію не послідовно через всі ЕМЕ, а минаючи деякі з них, направляти поранених безпосередньо до закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ), спроможних до надання спеціалізованої медичної допомоги і лікування в повному обсязі (евакуація за призначенням).

Медична евакуація і транспортування поранених здійснюються завчасно

визначеними шляхами за евакуаційними напрямками. Шляхи евакуації мають відповідати визначеним шляхам підвезення військам матеріальних засобів, що дозволяє використовувати для евакуації поранених зворотні рейси загальновійськового транспорту підвозу.

Медична евакуація здійснюється відповідно до політики госпіталізації та евакуаційної політики, встановлених для визначеного порядку застосування військ і характеру бойових дій. Політика госпіталізації визначає максимальну кількість часу (діб), протягом якого поранений може перебувати на лікуванні в районі бойових дій, до одужання та повернення до військової частини (підрозділу). У разі перевищення визначеного ліміту часу для одужання поранених евакуюють за межі району бойових дій до тих ЗОЗ, де їм буде надано вичерпну медичну допомогу і заверрене лікування.

Евакуаційна політика визначає контингенти поранених, які підлягають евакуації з одного ЕМЕ до іншого, залежно від їхнього стану та характеру поранення, встановлених для кожного етапу термінів лікування, а також організацію їх евакуації з урахуванням бойової та медико-тактичної обстановки, наявності відповідних евакуаційно-транспортних засобів і персоналу медичного супроводу.

Політика госпіталізації та евакуаційна політика є ключем до визначення співвідношення спроможностей сил і засобів медичної служби на кожному ЕМЕ та засобів медичної евакуації в інтересах забезпечення оптимального лікування поранених і дозволяють збалансувати можливості щодо надання медичної допомоги з потребою у медичній евакуації.

Основними завданнями медичної евакуації є: своєчасна доставка поранених на відповідні ЕМЕ, забезпечення своєчасного надання медичної допомоги пораненим, вивільнення ЕМЕ нижчого рівня для підготовки їх до переміщення або прийому нових поранених [11].

Сутність та порядок медичної евакуації з роками змінювалися і в сучасних умовах вона характеризується:

широким застосуванням броньованих транспортних засобів для вивозу поранених з поля бою;

використанням обладнаних належним чином та укомплектованих необхідним медичним обладнанням транспортних засобів (санітарних автомобілів і реанімообілів), які дають можливість вести спостереження (моніторинг) за станом поранених під час евакуації та підтримувати його на належному рівні;

проведення передевакуаційної підготовки поранених та медичного супроводу їх під час евакуації;

збільшення питомої ваги аеромедичної евакуації та широким застосуванням авіаційних транспортних засобів (гелікоптерів та літаків) для медичної евакуації;

можливістю застосування бойових машин і транспорту загального призначення для вивозу поранених з поля бою та проведення евакуації (транспортування поранених);

проведенням медичного сортування для формування евакуаційних груп та прагненням до одномоментної евакуації поранених;

скороченням кількості ЕМЕ (за можливості та сприятливих умов), на які здійснюється медична евакуація, та доставкою поранених на ті етапи, де їм може бути надано вичерпну медичну допомогу і проведено лікування до повного одужання.

Успішне проведення медичної евакуації досягається її вмілою організацією, а також:

єдиним розумінням порядку здійснення медичної евакуації в системі лікувально-евакуаційних заходів;

завчасним виділенням необхідної кількості та формуванням резерву санітарно-транспортних засобів, їх раціональним та ефективним використанням;

проведенням раціонального евакуаційно-транспортного сортування;

наявністю стійкого зв'язку між органами управління медичним забезпеченням, ЕМЕ та санітарно-транспортними підрозділами;

безперервним, стійким та дієвим управлінням евакуацією поранених.

Медична евакуація поділяється на передову, тактичну і стратегічну.

Передова медична евакуація передбачає винос (вивіз) поранених з поля бою та їх транспортування до першого розгорнутого ЕМЕ, як правило – медичного пункту (далі – МП), медичної роти (далі – медр) або військового мобільного госпіталю (далі – ВМГ) чи стаціонарного ЗОЗ, розташованих в районі бойових дій. Вона здійснюється переважно броньованими транспортними засобами, санітарними автомобілями або гелікоптерами.

Броньовані транспортні засоби для вивозу поранених з поля бою за технічними характеристиками та ступенем захисту мають відповідати бойовим транспортним засобам військової частини.

Всі заходи планування, організації та проведення передової медичної евакуації мають забезпечити дотримання часових показників надання медичної допомоги та забезпечення маневреності передових ЕМЕ шляхом своєчасного вивільнення їх від поранених.

Тактична медична евакуація – це медична евакуація поранених з передових до наступних ЕМЕ (стаціонарного військового або цивільного ЗОЗ), розташованих поза районом бойових дій у межах оперативної зони. Вона здійснюється після стабілізації стану поранених санітарними автомобілями (автобусами), залізничним, водним та авіаційним транспортом.

Стратегічна медична евакуація передбачає подальше транспортування поранених до тих ЗОЗ (військових або цивільних), де їм буде надано вичерпну медичну допомогу та проведено лікування до повного одужання. Вона здійснюється наземними і повітряними транспортними засобами. До стратегічної медичної евакуації також належить евакуація поранених, які отримали поранення у міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки та після надання необхідної медичної допомоги і стабілізації стану евакууються до високоспеціалізованих ЗОЗ в Україну.

За порядком проведення медична евакуація поділяється:

“евакуація на себе” – це коли начальник медичної служби (орган управління або керівник ЗОЗ) використовує санітарний транспорт, що перебуває у його розпорядженні, для вивезення поранених з підпорядкованих йому ланок медичної служби (нижчих ЕМЕ). Така організація медичної евакуації забезпечує можливість більш оперативного та раціонального використання транспортних засобів відповідно до змін бойової та медико-тактичної обстановки;

“евакуація від себе” – евакуація поранених в тил на наступні ЕМЕ своїми транспортними засобами;

“евакуація через себе” – санітарний транспорт, що направлений до нижчих ланок медичної служби (ЕМЕ), використовується для евакуації поранених на наступні ЕМЕ;

“евакуація на сусіда” – санітарний транспорт направляєтся вперед для евакуації поранених на ЕМЕ, що підпорядковані іншому начальнику медичної служби. Такий порядок евакуації застосовується у випадках перевантаження власного ЕМЕ або необхідності його термінового переміщення;

“евакуація за собою” – передбачає переміщення поранених разом з ЕМЕ та є вимушеним способом медичної евакуації у складних умовах бойової обстановки, що не дозволили провести завчасну евакуацію поранених на інші ЕМЕ.

Медична евакуація є вимушеним заходом, наслідком якого є розподіл процесу надання медичної допомоги в часі та по етапах і може негативно вплинути на стан пораненого, а іноді створити загрозу його життю. З метою недопущення негативного впливу евакуації на стан поранених встановлюються медичні показання і протипоказання для евакуації, проводиться їх підготовка до евакуації, визначається необхідність медичного супроводу та забезпечується його проведення під час евакуації.

Медична евакуація від простого транспортування відрізняється тим що під час

її проведення здійснюється медичний супровід – комплекс заходів, що здійснюються медичним персоналом під час евакуації поранених і включають медичне спостереження (контроль дихання, пульсу, артеріального тиску тощо) та надання необхідної медичної допомоги (підтримання життєво важливих функцій організму).

Під час вирішення питання про евакуацію враховуються загальні протипоказання до її проведення. До них відносяться незупинена кровотеча, шок, тяжка гіповолемія і анемія, інтракраніальна гіпертензія з компресійно-дислокаційним синдромом, глибока кома будь-якої етіології, порушення дихання, що супроводжуються дихальною недостатністю важкого ступеня, інтоксикація з вираженою поліорганною недостатністю. Під час визначення протипоказань враховують також відстань до місць призначення, вид транспортного засобу та тривалість перебування в дорозі.

Медична евакуація поранених здійснюється після надання медичної допомоги встановленого виду та в обсязі, передбачених для даного ЕМЕ, стабілізації стану, що забезпечить безпечно їх транспортування та здійснення передевакуаційної підготовки. Особлива увага приділяється зупинці кровотечі та знеболенню. Необхідні заходи здійснюються оперативно, щоб не затримувати евакуацію поранених до наступних ЕМЕ або ЗОЗ.

Необхідність медичного супроводу визначається станом поранених, характером поранень, травм, ушкоджень і захворювань, а також орієнтовною тривалістю евакуації. Тяжкопоранені та поранені середнього ступеня тяжкості, стан яких прогнозовано може погіршитися внаслідок транспортування, а також поранені з тимчасово зупиненою зовнішньою кровотечею, порушенням дихання та інших життєво важливих функцій організму, що можуть становити загрозу життю, потребують медичного супроводу.

З урахуванням стану поранених для медичного супроводу під час евакуації на кожен одиницю санітарного транспорту можуть

виділятися санітар, санітарний інструктор, медична сестра, фельдшер, лікар або спеціалізована лікарсько-сестринська бригада. Перелік медичного майна та обладнання визначається категорією медичного персоналу, який здійснює медичний супровід, його штатним комплектно-табелним оснащенням (СС, СМВ, ПФ, СЛ тощо) і штатним медичним обладнанням санітарно-транспортного засобу (санітарні автомобілі, реаніомобілі, катер “Сокаль”, літак “Віта” тощо).

Завданням медичних працівників під час медичної евакуації є спостереження за станом поранених, надання необхідної медичної допомоги, підтримання життєво важливих функцій організму (дихання, кровообігу тощо). Обсяг медичної допомоги визначається категорією медичного персоналу, який здійснює медичний супровід поранених, та наявного медичного оснащення.

Наявність сучасних санітарно-транспортних засобів, зокрема санітарних гелікоптерів і літаків, дозволяє здійснювати медичну евакуацію на великі відстані, минаючи окремі ЕМЕ. Це дає можливість більш оперативно здійснювати управління евакуаційними потоками та раціонально розподіляти поранених між окремими ЕМЕ і ЗОЗ з метою недопущення перевантаження останніх та забезпечення своєчасності у наданні медичної допомоги.

Для евакуації поранених використовується наземний, повітряний (авіаційний) та водний транспорт.

Наземний транспорт за призначенням поділяється на транспорт для вивозу поранених з поля бою, як правило броньований гусеничний або колісний, та для медичної евакуації – автомобільний (санітарні автомобілі, автобуси, реаніомобілі) і залізничний (військово-санітарний потяг, військово-санітарні летючки).

Повітряний (авіаційний) транспорт представлений військовими і цивільними гелікоптерами та літаками, водний морський транспорт – це санітарний катер “Сокаль” та інші допоміжні судна ВМС України.

Досвід медичного забезпечення застосування Збройних Сил України (далі – ЗС України) в антитерористичній операції (далі – АТО) на Сході України виявив реальний стан та можливості військово-медичної служби у проведенні медичної евакуації. Так на початок АТО військові частини і з'єднання ЗС України взагалі не мали сил та засобів для вивезення (винесення) поранених з поля бою: штатні ланки санітарів-носітьщиків штатами не передбачені, санітарні транспортери переднього краю у тому числі броньовані – відсутні. Кількість санітарних автомобілів та автобусів для медичної евакуації у цих же військових частинах була значно менше штатної потреби, значна кількість військових частин взагалі не мала санітарного транспорту, а наявний був представлений застарілими зразками радянських часів УАЗ-3962 і АС-66. Аеромедична евакуація забезпечувалася літаком “Віта”, а морська – санітарним катером “Сокаль”. Крім того Національний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ” та Військово-медичні клінічні центри регіонів (далі ВМКЦ) мали декілька санітарних автомобілів класу В та С [15, 16].

Враховуючи визначення медичної евакуації, яка передбачає крім саме транспортування поранених здійснення їх медичного супроводу, слід зазначити, що крім евакотранспортних відділень медр, де штатом передбачені санітари в першу чергу для завантаження тяжкопоранених в санітарний транспорт, у жодних військових частинах та військово-медичних закладах не передбачений штатний медичний персонал для медичного супроводу поранених.

Все наведене дає можливість стверджувати, що медична служба ЗС України була не готова до самостійного проведення медичної евакуації поранених із зони АТО. За таких умов організувати її проведення вдалося за рахунок залучення санітарного транспорту ВМКЦ, військових госпіталів та волонтерів, які і до цього часу надають значну допомогу у проведенні медичної евакуації. Санітарний транспорт, що був залучений з підприємств

України потребував ремонту та технічного дообладнання.

Завдяки зусиллям Військово-медичного департаменту МО України на цей час вдалося опрацювати медико-технічні вимоги до санітарно-транспортних засобів та розпочати роботу щодо їх замовлення та постачання до ЗС України.

З метою забезпечення здійснення своєчасної медичної евакуації в системі ЛЕЗ в ЗС України необхідно визначити потребу у різних видах санітарно-транспортних засобів для вивозу поранених з поля бою та медичної евакуації, передбачити їх необхідну кількість в штатах військових частин і з'єднань, замовити їх виробництво для потреб ЗС України, а також передбачити штатний медичний персонал для проведення медичного супроводу поранених під час медичної евакуації.

Література

1. Доктрина медичного забезпечення Збройних Сил України // Затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 04.09.2014 року № 221 / Київ:2014. – 25С.

2. Заблудовский П.Е., Крючок Р.Р., Кузьмин М.К., Левит М.М. История медицины. – М.: Медицина, 1981. – 352 с.

3. Опель В.А. Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии. – Петроград: Государственная типография. 1917. – С. 29. – 130 с.

4. Организация и тактика медицинской службы, под ред. Н.Г. Иванова и О.С. Лобастова, Л.:ВМА, 1988.

5. Смирнов Е.И. Война и военная медицина, 1939-1945 годы. – М.: Медицина, 1976. – 462с.

6. Чиж И.М. Военно-медицинская доктрина как научная основа медицинского обеспечения войск / И.М.Чиж, Е.Г. Жиляев, Л.Л. Галин, В.В. Белозеров // Воен.-мед. журн. – 1995. – Т. 316, № 12. – С. 4-13.

7. Чиж И.М. Организационные принципы военного здравоохранения Российской Федерации / И.М. Чиж// Воен.-мед. журн. – 2001. – Т. 321, № 12. – С. 4-13.

8. Albrecht M. Iskustva americke ratne hirurske sluzbe u Vijetnamu // Vojnosanit. Pregl. 1970. – Vol. 27, № 4. – P. 167-174.

9. Очерки истории отечественной военной медицины: Книга X. 200 лет на службе здоровья

Висновки

1. Підвищення ефективності медичного забезпечення ЗС України в рамках реалізації Програми реформування та розвитку системи медичного забезпечення Збройних Сил України на період до 2020 року неможливо без розвитку системи ЛЕЗ та безпосередньо медичної евакуації.

2. Медична евакуація є важливим елементом в системі ЛЕЗ та забезпечує своєчасність медичної допомоги. У сучасних умовах застосування ЗС України, враховуючи розвиток системи медичного забезпечення у відповідності до стандартів НАТО значення медичної евакуації тільки зростатиме.

3. Ефективність медичної евакуації залежить від наявності достатньої кількості відповідних евакуаційно-транспортних підрозділів та санітарно-транспортних засобів, а головне – від належної її організації.

воинов Русской армии / Под ред. И.Ю. Быкова. – Санкт- Петербург, 2007. – 271с.

10. Жаховський В.О. Особливості медичного забезпечення бойових дій об'єднаного угруповання військ (сил) російської Федерації в період збройного конфлікту 1994-1996 рр. і контр-терористичної операції на Північному Кавказі в 1999-2001 рр. // Військова медицина України – 2011. – № 1.- С.163-172.

11. Тимчасова настанова з медичної евакуації поранених і хворих у Збройних Силах України на особливий період // Затверджена наказом Генерального штабу ЗС України від 02.03.2016 року № 90 / Київ:2016. – 60 С.

12. NATO Medical support principles and policies – 0326/3 // NATO Publication, September 2011. – 29 p.

13. NATO STANDARD AJP-4.10 (B). Allied joint medical support doctrine. Edition B Version 1. – Brussels: Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, May 2015. – 170 p.

14. STANAG 2546 (MEDSTD) – Allied joint doctrine for medical evacuation – AJMedP-2, May 2011. – 39 p.

15. Матеріали науково-практичної конференції в Українській військово-медичній академії 18.12.2014 року “Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції”.

16. Андронатій В.Б., Жаховський В.О., Булах О.Ю., Лівінський В.Г. “Система медичного забезпечення Збройних Сил України: сучасний стан і напрями розвитку з огляду на тенденції змін у порядку застосування військ”. Журнал “Наука і оборона”, № 3’2014, стор. 23-29.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Власенко О.М.

УДК 614.2

ДЕЯКІ ТЕРМІНОЛОГІЧНІ ВИЗНАЧЕННЯ У ПРОЕКТІ НАСТАНОВИ З МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗС УКРАЇНИ НА ОСОБЛИВИЙ ПЕРІОД

В.І. Стриженко, провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу бойової патології Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, кандидат медичних наук

Е.М. Хорошун, начальник Центрального військово-медичного управління – начальник медичної служби Збройних Сил України

О.Ю. Булах, старший науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, кандидат медичних наук

О.В. Ричка, старший науковий співробітник науково-дослідної лабораторії (превентивної психопатології та наркології при надзвичайних ситуаціях) Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

***Резюме.** Проведено порівняння термінологічного визначення видів медичної допомоги у національному та зарубіжному законодавстві, а також наукових літературних джерелах. Запропоновано варіант визначення базових понять військової медицини, який дозволить наблизити нормативно-правові акти з питань медичного забезпечення військ до вимог міжнародних стандартів.*

***Ключові слова:** термінологія, види медичної допомоги, обсяг медичної допомоги, нормативно-правова база, стандарти НАТО.*

Вступ. Реформи, що проводились у Збройних Силах (ЗС) України в останні роки, призвели до суттєвих змін організаційної структури медичної служби: були ліквідовані пересувні госпітальні бази, польові центри медичного забезпечення, евакуаційні пункти. порушується питання щодо скасування функцій медичних рот бригад як етапу медичної евакуації [1, 2].

Аналіз діяльності медичної служби ЗС України у зоні АТО виявив існуючу систему лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) поранених та хворих недосконалою. Активне залучення державної системи охорони здоров'я до організації надання медичної допомоги

постраждалим, їх лікування і медичної реабілітації викликало необхідність організації взаємодії сил та засобів медичної служби різних міністерств і відомств. Останнє викликає необхідність розроблення нормативної бази військової медицини, законодавчого врегулювання залучення до сучасної системи ЛЕЗ лікувальних закладів МОЗ України, прийняття єдиної військово-медичної термінології у нормативних документах і, в першу чергу, чітке визначення понять “вид медичної допомоги”, “етап медичної евакуації”, “обсяг медичної допомоги” та інших понять.

Матеріали досліджень: літературні джерела за тематикою роботи, вітчизняна та зарубіжна