

УДК 355.415.6:355.311.6

**ЕВОЛЮЦІЯ ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ І КООРДИНАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ (за досвідом медичних служб ближнього і дальнього зарубіжжя)**

**А.М. Галушка**, полковник медичної служби, доктор медичних наук, начальник Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

**А.П. Казмірчук**, генерал-майор медичної служби, кандидат медичних наук, доцент, начальник Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ»

**О.М. Власенко**, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, заступник начальника Української військово-медичної академії з наукової роботи

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

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

**Резюме.** Дослідження простежує розвиток організаційних форм управління і координації медичною евакуацією поранених і хворих, отриманих медичною службою ближнього і дальнього зарубіжжя з метою їх екстраполяції на систему лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України з урахуванням набутого досвіду під час проведення АТО та національних особливостей майбутнього обрису ЗС України.

**Ключові слова:** медичне забезпечення, лікувально-евакуаційне забезпечення, медична евакуація, управління медичною евакуацією.

**Вступ.** Указом Президента України від 6 червня 2016 року №240/2016 затверджено Стратегічний оборонний бюлетень України, який спрямований на забезпечення практичної реалізації положень Воєнної доктрини України та Концепції розвитку сектору безпеки і оборони України і визначає стратегічні й оперативні цілі оборонної реформи та очікувані результати їх досягнення з урахуванням актуальних воєнно-політичних загроз та викликів [1].

Одна із визначених в цьому документі оперативних цілей передбачає підготовку військової та цивільної системи охорони здоров'я, спрямованої на збереження і зміцнення здоров'я населення і особового складу військ (сил), які безпосередньо вирішують питання з надання медичної допомоги, лікування поранених і хворих з метою найскорішого відновлення їх боє-, працездатності як вирішального фактора, що впливає на наслідки війни.

Перед керівництвом медичної служби Збройних Сил України (ЗСУ) постає питання найбільш ефективного використання медичних ресурсів з метою створення системи медичного забезпечення, спроможної надавати відповідну медичну підтримку всім завданням, що стоять перед силами оборони України, яка функціонує відповідно до стандартів НАТО. Аналіз вітчизняного та зарубіжного досвіду організації медичного забезпечення військ (сил) дозволяє виділити такий важливий її розділ, як управління медичною евакуацією поранених та хворих на театрі воєнних дій (в операційній зоні).

Досвід минулих воєн (починаючи з XVIII-XIX ст.) показав, що з початком бойових дій лікувальні заклади переповнювалися пораненими і хворими, що приводило до відставання їх від своїх військ і в значній мірі заважало будь-якому маневру та викликало необхідність евакуації в тил великої кількості поранених і хворих. М.І Пирогов вперше

розробив і впровадив принципи сортування і управління медичною евакуацією поранених і хворих у тил країни, що в подальшому лягло в основу організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ у багатьох країнах світу.

Дослідженню питань створення, розвитку та удосконалення системи органів управління медичною евакуацією поранених та хворих з району бойових дій в тилі райони держави і присвячена дана публікація.

**Матеріали та методи дослідження.** Використовувалися літературні джерела за темою, матеріали зборів керівного складу медичної служби, науково-практичних конференцій і семінарів, 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.** Евакуація поранених та хворих – це динамічний процес, який для прийняття рішень на його виконання потребує врахування цілого ряду факторів: можливі розміри і структура санітарних втрат; наявність засобів евакуації поранених та хворих на тактичному, оперативному та стратегічному рівнях і стан їх завантаження; спроможності наявних медичних підрозділів (закладів) з прийому поранених та хворих; розташування аеродромів (станцій, портів) завантаження поранених та хворих; стан кожного пораненого (хворого), їх транспортабельність; оперативна ситуація та пов'язані з нею ризики евакуації поранених та хворих; політика госпіталізації; евакуаційна політика; система зв'язку.

Аналіз організації ЛЕЗ армії в роки Вітчизняної війни (1812 р.) та Кримської війни (1853-1856 рр.) дозволив М.І. Пирогову зробити висновок, що вся система евакуації поранених і хворих будувалась за принципом «евакуация во что бы то ни стало» (рос.), лікування в ході евакуації не передбачалось,

внаслідок чого летальність в цей період перевищувала 14,5%. Розроблені М.І. Пироговим принципи сортування і евакуації поранених і хворих [2, 5] були покладені в основу «Проекту організації евакуації», затвердженого Головним штабом Росії в 1876 р. Це стало теоретичним підґрунтям виникнення органів управління евакуацією поранених і хворих і організації їх лікування в тилі країни.

Зростання санітарних втрат у війнах ХІХ ст. приводило до необхідності масової евакуації поранених і хворих у тил країни та розвитку шляхів евакуації наземним, залізничним, водним транспортом. У російсько-турецькій війні 1877-1878 рр. вперше були створені органи управління масової евакуації у вигляді «евакуаційних комісій» на вузлових залізничних станціях, при яких розгортались групи госпіталів і лазаретів. До складу евакуаційних комісій входили представники командування, медичної служби, органів військових сполучень і громадських організацій. Очолювали такі комісії стройові командири, а сама евакуація і лікування не були поєднані у єдиний процес. В подальшому евакуаційні комісії були трансформовані у місцеві евакуаційні пункти.

Досвід організації евакуації поранених і хворих було узагальнено виданням у 1890 році «Положения об эвакуации больных и раненых» (рос.), яке діяло і в російсько-японській війні (1904-1905 рр.). У фронтовому районі були організовані польові і тилі евакуаційні комісії, а в тилі – внутрішні евакуаційні комісії.

У складі евакуаційних комісій розгортались збірні евакуаційні пункти для сортування поранених і хворих (прообраз сортувальних госпіталів), військові госпіталі і лазарети, лікувальні заклади Червоного Хреста та благодійних організацій, воєнно-санітарні потяги і санітарно-транспортні підрозділи, дезінфекційні загоны, лазні, пральні, пункти харчування, склади тощо. Таким чином, по своїй організації евакуаційні комісії наближались до сучасних евакуаційних пунктів, але незважаючи на певний прогрес у організації лікувально-евакуаційного

забезпечення (ЛЕЗ) армії у російсько-японській війні можна виділити ряд недоліків, а саме: відсутність у країні спеціального медичного органу управління евакуацією поранених і хворих; відсутність методик прогнозування можливих санітарних втрат (СВ) і потреби в засобах евакуації; невідповідність необхідної кількості санітарного транспорту; невідповідність госпіталів з необхідною кількістю ліжок і приміщень; недосконалість організаційно-штатної структури евакуаційних комісій.

Подальший розвиток системи евакуації поранених і хворих у тил країни відбувся у Першу світову війну 1914-1918 рр. Відповідно до «Временного положення об евакуации раненых и больных» (рос.), затвердженого у 1914 році, була створена система евакуаційних пунктів (ЕП): головних і тилих на ТВД та розподільчих і окружних у внутрішніх районах країни.

Фактично евакуаційні комісії стали початковою формою організації управління сортуванням і евакуацією поранених і хворих. Функції ЕП були значно розширені.

Розподільчі ЕП (РЕП) розгортались у внутрішніх районах на вузлових залізничних станціях, морських і річкових причалах. Через них проходили усі поранені і хворі, що прибували. Одним з головних завдань РЕП було проведення медичного сортування, розподіл і відправлення поранених і хворих в залежності від місця служби, батьківщини або обраного місця проживання по відповідним окружним ЕП (ОЕП).

ОЕП розгортались також на вузлових залізничних станціях у кожному воєнному окрузі. Основним їх завданням являвся розподіл поранених і хворих для госпітального лікування у військових і цивільних лікувальних закладах та відправка непридатних до військової служби до обраного місця проживання.

Під час воєнної інтервенції і громадянської війни 1918-1920 рр. та у післявоєнний період система евакуації поранених і хворих продовжувала удосконалюватись. Функції

управління лікувально-евакуаційним забезпеченням були зосереджені у Воєнно-санітарному управлінні армії, про що наголошувала «Временная инструкция учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией» (рос.).

«Руководство по санитарной эвакуации в РККА» (рос.), затверджене у 1929 році, лікування та евакуацію закріплювало як єдиний процес і один з основних принципів ЛЕЗ. Основними закладами медичної евакуації в армійському, фронтовому і тиловому районах вважались польові, фронтові та допоміжні ЕП, а у внутрішніх районах країни – РЕП і МЕП, за якими були закріплені воєнно-санітарні потяги (ВСП), а також створювались ВЛК.

Бойові дії на р. Халхін-Гол (травень 1939 р.) та радянсько-фінляндська війна (30.11.1939 – 12.03.1940 рр.) виявили такі слабкі місця в організації ЛЕЗ поранених і хворих: нечітке розмежування прав і обов'язків між управліннями МЕП, недостатня спеціалізація ліжкової мережі госпітальних баз та її невідповідність структурі вхідного потоку поранених і хворих, відсутність у складі МЕП спеціалізованих лікувальних закладів та інші.

В той же час військова і цивільна охорона здоров'я набули досвіду взаємодії в ході медичного забезпечення військ на фронті і в тилу. На цій підставі в червні 1940 р. Наркомом охорони здоров'я (НКОЗ) СРСР було затверджене «Положение о формировании эвакуационных госпиталей, развертываемых органами здравоохранения Союза ССР в военное время» (рос.), в якому визначались основні принципи управління евакуаційними госпіталями (ЕГ).

ЕГ в медичному, адміністративному і фінансовому відношенні підпорядковувались цивільним органам охорони здоров'я, а в оперативному відношенні – Наркомату (НК) оборони (через медичну службу військових округів, Управління РЕП (УРЕП), Управління МЕП (УМЕП), які здійснювали контроль за медичним обслуговуванням поранених і хворих в ЕГ НКОЗ СРСР, проводили заходи по покращенню роботи ЕГ через місцеві органи охорони здоров'я).

У роки Великої Вітчизняної війни (ВВВ) (1941-1945) було сформовано значну мережу ЕГ, які об'єднувались під управлінням відповідних МЕП і РЕП у госпітальні бази тилу країни. Медичне обслуговування поранених і хворих військовослужбовців у тилових районах покладалось на НКОЗ, а в армійських і фронтових районах – на Головне воєнно-санітарне управління (ГВСУ). Усі УРЕПи і УМЕПи були підпорядковані ГВСУ. До їх функцій входило матеріально-технічне і фінансове забезпечення поранених і хворих військовослужбовців в ЕГ, організація їх евакуації з ФЕП і розосередження по ЕГ, контроль діяльності ЕГ і ВЛК, організація обліку і звітності, виховна робота. Така система управління була громіздкою і мала негативні ознаки.

У роки війни система управління ЛЕЗ продовжувала трансформуватись. Так, при НКОЗ СРСР було створено Головне управління евакуаційних госпіталів; формувались управління (відділи ЕГ) при НКОЗ республік, областей; було розроблено «Положення про Головне управління евакогоспіталів», типові штати управлінь (відділів) по керівництву ЕГ.

Суттєвим недоліком у роботі органів управління ЕГ являлась відсутність на той час керівних документів, які б регламентували зміст і обсяг роботи УМЕП і органів НКОЗ та їх взаємовідносини.

Подальшим розвитком організаційних форм органів регулювання евакуації поранених і хворих явилось затвердження у березні 1942 р. «Положення о сортировочных госпиталях Наркомата здравоохранения (НКЗ)» (рос.), згідно якому у госпітальних базах, що мали понад 5000 ліжок, створювались сортувально-евакуаційні госпіталі (СЕГ).

Розгортання ЕГ в тилу країни, органів управління медичною евакуацією поранених і хворих (УРЕП, УМЕП) проводилось, як правило, у великих містах і населених пунктах. Це дозволяло більш ефективно використовувати медичні заклади, кадри, місцеві ресурси, вузли залізничних шляхів для розвантаження ВСП, будівлі для розгортання

ЕГ тощо. У значно гірших умовах доводилось працювати медичним закладам при їх розгортанні в невеликих населених пунктах із слабо розвинутою залізничною мережею.

Отже, розвиток системи регулювання медичної евакуації в роки ВВВ (1941-1945) та післявоєнний період свідчить, що такі спеціальні медичні формування, як управління евакуаційних пунктів, ЕГ, СЕГ (які в подальшому трансформувались у тиліві госпіталі Міністерства охорони здоров'я) були і є важливою ланкою в системі медичного забезпечення військ і не втратили свого значення в сучасних умовах.

У післявоєнні роки принципових змін порядку формування і застосування спеціальних медичних закладів по управлінню медичною евакуацією не відбулося. Змінилися лише типи тилових госпіталів, перероблені штати і табелі до штатів, удосконалювалися питання їх мобілізаційної підготовки. Основними органами управління медичною евакуацією залишались евакуаційні пункти (армійські, фронтові, розподільчі, місцеві, допоміжні).

У сучасній системі ЛЕЗ у країнах ближнього зарубіжжя евакуацію поранених і хворих організують: в межах фронту – військово-медичні управління фронту, ЕП фронту та управління госпітальних баз фронту (УГБ); у внутрішніх районах – ЕП (розподільчі, місцеві, перевантажувальних районів) та медична служба територіального командування. Загальне керівництво евакуацією з фронту у госпітальні бази тилу здійснює ГВМУ МО. У зв'язку із залученням до процесу евакуації значної кількості сил і засобів успішне вирішення завдань можливе лише при чіткій організації взаємодії між органами управління МОЗ, військово-медичної служби, служби військових сполучень, МНС, місцевими органами влади та ін.

У загальній системі евакуації поранених і хворих з фронту до тилових госпіталів ВМУ фронту планує евакуацію, представляє донесення у ГВМУ МО про кількість підготовлених до евакуації і структуру

поранених і хворих, подає заявки службі військових сполучень на необхідний транспорт.

УГБ фронту визначає і готує поранених і хворих до евакуації, бере участь у доставці їх до місць завантаження. Безпосереднє керівництво евакуацією поранених і хворих з ГБФ здійснює ЕП фронту, який організує їх визначення і підготовку до евакуації, розгортання евакоприймачів, доставку до них поранених і хворих, завантаження на санітарно-транспортні засоби.

У сучасній системі етапного лікування з евакуацією за призначенням важливе місце також мають місцеві ЕП як територіальні органи управління евакуацією поранених і хворих. МЕП призначені для організації прийому поранених і хворих з ГБФ, військового округу, видів ЗС тощо, доставки їх у тиллові госпіталі МОЗ (ТГМОЗ) та оперативного керівництва їх роботою. МЕП підпорядкований НМС воєнного округу (ВО), на території якого розміщені приписані до нього ТГМОЗ. Передбачається, що до тиллових госпіталів будуть евакуюватись найбільш тяжкі і складні поранені і хворі з довготривалими термінами лікування.

Нормативні документи наголошують, що для забезпечення гарантованого розгортання і організації роботи тиллових госпіталів в особливий період необхідна їх попередня підготовка в мирний час [3,4]. Планування і організацію мобілізаційної підготовки органів управління евакуацією поранених і хворих і тиллових госпіталів здійснюють місцеві органи управління охорони здоров'я під керівництвом МОЗ, а ГШ ЗС здійснює координацію мобілізаційної підготовки ТГ, відповідних ЕП і контролює стан їх мобілізаційної готовності.

Таким чином, досвід організації медичного забезпечення поранених і хворих у минулих та існуючих збройних конфліктах (наприклад, в АТО) вимагає виділити такий важливий її напрям, як управління медичною евакуацією поранених та хворих при застосуванні військ (сил) в особливий період (в операційній зоні) [6-8].

В ході попередніх реформ медичної служби в ЗС України були розформовані окремі органи

управління, що відповідали за медичну евакуацію із району бойових дій у тил країни (евакуаційні пункти, управління госпітальних баз). На сьогодні система управління медичною евакуацією поранених і хворих регулюється на усіх рівнях відповідними начальниками медичних служб військових частин та начальниками закладів охорони здоров'я ЗСУ. Окремих структур і посадових осіб з цією метою за штатом не передбачено.

Необхідно зазначити, що не визначені вони і у Тимчасовій настанові з медичної евакуації, що затверджена наказом ГШ ЗСУ від 02.03.2016 р. №90 [9].

Станом на сьогодні, управління медичною евакуацією як складова управління медичним забезпеченням військових частин, з'єднань, оперативного-тактичних угруповань (ОТУ), видів ЗСУ та ЗСУ в цілому під час їх застосування покладено на керівників органів управління медичної служби усіх рівнів.

Алгоритм дій начальника медичної служби (НМС) щодо планування та управління медичним забезпеченням (у т.ч. медичною евакуацією) передбачає з'ясування завдання, оцінку обстановки, прийняття рішення, постановку завдань підлеглим, надання їм допомоги, контроль за виконанням поставлених завдань та організацію взаємодії [9].

Перелік питань, які повинні вивчатись відповідним НМС в ході планування та організації медичної евакуації за даним алгоритмом, дозволяє стверджувати, що без допоміжних управлінських (координаційних) структур він буде не в змозі якісно організувати своєчасний розшук, збір, винос, вивезення, контроль наявності та завантаженості санітарного транспорту, регулювання евакуаційних потоків поранених і хворих та їх доставку на визначені ЕМЕ за призначенням у встановлені терміни. Особливо актуальним дане питання виявляється на тактичному рівні, де весь орган управління медичним забезпеченням обмежений лише однією посадовою особою (НМС).

В ЗС України передбачена передова, тактична і стратегічна медична евакуація [9].

Медична евакуація в межах передової евакуації передбачає транспортування поранених і хворих до першого розгорнутого ЕМЕ (МП, Медр, ВМГ або військового чи цивільного ЗОЗ, розташованого в районі бойових дій). Евакуація здійснюється санітарними автомобілями евакуаційного відділення Медр або приданими санітарними автомобілями автосанітарної роти (АСР). Її планує, організує та проводить НМС відповідної військової частини. Всі заходи планування, організації та проведення передової медичної евакуації мають забезпечити надання медичної допомоги першого або другого рівня: першої лікарської допомоги протягом однієї години, а невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги – не пізніше двох годин після поранення.

Тактична медична евакуація передбачає транспортування поранених і хворих з розгорнутих передових ЕМЕ або стаціонарних ЗОЗ в районі бойових дій до наступних визначених стаціонарних військових або цивільних ЗОЗ, що надають третій рівень медичної допомоги (кваліфіковану медичну допомогу з елементами спеціалізованої), розташованих поза району бойових дій у межах оперативної зони. Вона проводиться після стабілізації стану поранених і хворих санітарними автомобілями (автобусами), залізничним, водним та авіаційним транспортом. Її планує, організує та проводить начальник медичної служби - НМС (відповідний орган управління медичним забезпеченням) оперативно-тактичного угруповання (ОТУ) військ. За термінами вона поділяється на невідкладну (до 2-х годин), термінову (до 12 годин), відтерміновану (до 48 годин) та планову (після 48 годин).

Стратегічна медична евакуація передбачає транспортування поранених і хворих до визначених військових та цивільних стаціонарних ЗОЗ, де їм буде надано четвертий рівень медичної допомоги (спеціалізовану) та проведено лікування до повного одужання. Стратегічну медичну евакуацію планує та організує керівник органу управління медичним забезпеченням ЗСУ способом «на себе», з

обов'язковим дотриманням принципу «за призначенням». Вона здійснюється наземним і повітряним транспортом.

Планування, замовлення санітарного транспорту для медичної евакуації, управління та контроль за ходом її проведення покладаються на органи управління медичним забезпеченням ЗС України. При здійсненні усіх видів медичної евакуації з боку органів управління медичним забезпеченням необхідне постійне урахування та координація таких питань, як кількість підготовлених до евакуації поранених і хворих, їх стан та рекомендований спосіб транспортування, медичний супровід, наявність санітарного транспорту та його потреба, вивільнення ліжок на наступних етапах медичної евакуації для їх розміщення, структура санітарних втрат та спеціалізація ЗОЗ, час початку евакуації, час прибуття поранених та хворих до місця призначення, час розвантаження, стан прибулих та інші питання.

З досвіду організації медичного забезпечення військ (сил) у країнах НАТО, дані питання вирішуються розгалуженою системою органів управління та координації медичної евакуації [11-13]. У зазначених керівних документах чітко визначено перелік завдань координаторів та груп (відділень) координації медичної евакуації, центру координації стратегічної медичної евакуації. Особливо детально представлена координація (регулювання) аеромедичної евакуації (де функціонують такі посадовці і окремі структури, як АЕСО, АЕЛО, РЕСС, АЕСС, RALCC, IEF та інші). По основним показникам їх завдання аналогічні завданням колишніх ЕПОК, РЕП, МЕП тощо.

Як уже зазначалось, відсутність окремих органів управління (або структур), відповідальних за медичну евакуацію, мала наслідком суттєві недоліки ЛЕЗ в ході проведення АТО: значні терміни доставки поранених і хворих на ЕМЕ, низький показник тяжких СВ, висока летальність, переважання «дренажної» евакуації а не евакуації «за призначенням» тощо [6-8].

Досвід організації медичного забезпечення збройних сил НАТО та власний вітчизняний

досвід медичного забезпечення військ (сил) в зоні АТО свідчить про доцільність створення структур медичної служби, відповідальних за управління (координацію) медичною евакуацією (МЕ) поранених і хворих. Загальними функціями органу управління медичною евакуацією можуть бути наступні:

1. Знати політику госпіталізації.

2. Знати евакуаційну політику, затверджену відповідним командиром (командувачем), яка поставлена начальникам МПБ, МПП, командирам Медр, начальникам медичних служб та закладів охорони здоров'я (ЗОЗ);

розподіл і резерв засобів вивозу та евакуації поранених, місця їх знаходження і порядок використання;

шляхи та порядок евакуації поранених і хворих із підрозділів на МПБ, МПП, інші розгорнуті та стаціонарні ЕМЕ в межах евакуаційного напрямку;

порядок використання авіаційних засобів;

порядок використання зворотних рейсів транспорту загального призначення.

3. Здійснювати моніторинг за:

завантаженням ЕМЕ пораненими і хворими;

структурою і станом здоров'я поранених і хворих на ЕМЕ, які потребують евакуації на наступні ЕМЕ;

кількістю і місцем знаходження транспортних засобів евакуації.

#### Література

1. Указ Президента України від 6 червня 2016 року №240/2016 Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 20 травня 2016 року "Про Стратегічний оборонний бюлетень України" [Електронний ресурс] / Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/2402016-20137>.

2. Пирогов Н.И. «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877-1878 гг.», Ч. I-II.

3. Мобилизационная подготовка здравоохранения (Учебное пособие)/ Министерство здравоохранения РФ // Москва-2006 г. «Типография Парадиз, 2006. - Российская медицинская академия последипломного образования», 161 с.

4. Безпосередньо здійснювати управління медичною евакуацією.

Авторами статті пропонуються можливі варіанти складу органу управління МЕ

I. Передова МЕ: начальник МС; засоби зв'язку; можливо - координатор з медичної евакуації.

II. Тактична МЕ передбачає наявність у складі МС ОТУ регуляторної групи:

відповідальної особи; провідного хірурга (терапевта); засобів зв'язку.

III. Стратегічна МЕ:

Центр координації МЕ (на базі ЦВМУ, ЦМЗ) у складі: медичних працівників, представників сполучень – повітряних, залізничних, морських, наземних тощо, засоби зв'язку.

Основні завдання запропонованих органів координації МЕ повинні відповідати положенням керівних документів медичної служби [9].

#### Висновки

Досвід організації управління і координації процесом медичної евакуації поранених і хворих, а також досвід медичного забезпечення ЗСУ в АТО свідчать про необхідність створення штатних органів управління і координації евакуації поранених і хворих у складі медичної служби ЗСУ та юридичного визначення їх обов'язків і відповідальності.

Автори запрошують фахівців до обговорення даної теми.

4. О целевом усовершенствовании мобилизационных работников, медицинского персонала специальных формирований, специалистов формирований медицинской службы ГО / Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.08.2001 г. №341.

5. Пирогов Н.И. Начала общей военно-полевой хирургии, взятые из наблюдений военногоспитальной практики и воспоминаний о Крымской войне и Кавказской экспедиции / Дрезден, 1865–1866. (Медгиз; Москва, 1941) – Ч. I-II.

6. 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. Бібліографія С.33.

7. 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. Бібліографія-С.11

8. Булах О.Ю. Дослідження санітарних втрат ЗС України та напрямків оптимізації медичного забезпечення в ході антитерористичної операції / О.Ю. Булах, В.І. Стриженко // Збірник наукових праць ГВМКЦ “ГВКГ” МОУ. –К.: 2015. – Вип. 22. - С. 15-25. Бібліографія-С.23-24.

9. 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.

10. 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.

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

12. 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).

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

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