

УДК 355.415.6(477)

МЕДИЧНА ЕВАКУАЦІЯ: ЇЇ РОЛЬ ТА ЗНАЧЕННЯ В СИСТЕМІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК

А.В. Верба, генерал-майор медичної служби, доктор медичних наук, директор Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України

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

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

В.О. Жаховський, кандидат наук з державного управління, доцент, провідний науковий співробітник Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

В.Г. Лівінський, науковий співробітник Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

Резюме. У статті розглядаються роль та значення медичної евакуації в системі медичного забезпечення військ. Досліджується 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, 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. Лікувально-евакуаційні заходи (далі – ЛЕЗ) 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 ЛЕЗ 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 медичного забезпечення військ, залежності її від розвитку структури і характеру застосування збройних сил, а також ресурсного забезпечення медичної служби.

Об'єкт дослідження: система медичного забезпечення військ.

Предмет дослідження: медична евакуація.

Результати дослідження та їх обговорення. 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 та характеризується намаганням евакуювати поранених в тил, подальше 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 лікувальних закладах, розташованих 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, що нерідко призводило до виникнення суттєвих ускладнень у стані здоров'я поранених.

З набуттям військами спроможностей 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 і закономірного підвищення в них ролі та значення медичної евакуації.

Значний вплив на посилення "евакуаційної" тенденції мала поява спочатку

залізничного, а потім автомобільного й авіаційного транспорту, а також розвиток шляхів сполучення. 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 необхідність евакуації значної частини поранених, особливо при великих санітарних втратах військ, до лікувальних установ, розташованих не тільки на театрі воєнних дій, а й 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 проведено лікування до визначеного результату, пропускаючи при необхідності проміжні етапи. Слід зазначити, що 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 досвідом 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 понад 37 тисяч поранених і хворих (40 % поранених, обпечених 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-, дво- 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 і вона, як правило, розглядається в єдиної 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 Збройних Сил 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 (АJP-4.10(B) [13] та Спільної об'єднаної доктрини з медичної евакуації (STANAG 2546) [14].

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

В умовах сучасної війни медична евакуація є найважливішим засобом забезпечення своєчасності 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, 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, розгорнуті на встановленій відстані від полю бою, укомплектовані підготовленим персоналом, оснащені сучасним медичним і санітарно-технічним оснащенням, проте 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.

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 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 евакуують за межі району бойових дій до тих ЗОЗ, де їм буде надано вичерпну медичну допомогу і завершене 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 для 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 змінювалися в історичному розвитку і в сучасних умовах 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;

проведенням передевакуаційної підготовки поранених та медичним супроводом їх під час евакуації;

збільшенням 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) і доставкою поранених одразу на ті етапи, де їм може бути надано вичерпну медичну допомогу та 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 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 маневреність передових ЕМЕ шляхом своєчасного вивільнення їх від поранених.

Тактична медична евакуація здійснюється з передових до наступних ЕМЕ (стаціонарного військового або цивільного ЗОЗ), розташованих в операційній зоні поза межами району бойових дій санітарними автомобілями

(автобусами), залізничним, водним та авіаційним транспортом.

Стратегічна медична евакуація передбачає подальше транспортування поранених до тих військових або цивільних ЗОЗ, 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 Україні.

Досвід медичного забезпечення застосування Збройних Сил України (далі – ЗС України) в антитерористичній операції (далі – АТО) на Сході України виявив реальний стан і 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 меншою 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].

Все наведене дає підстави 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 і військових госпіталів, а також 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 з'ясування реальних обсягів медичної евакуації та потреб у санітарно-транспортних засобах наводимо статистичні показники медичної евакуації поранених та хворих військовослужбовців ЗС України, які брали участь в АТО, за 2016 рік, тобто під час фази стабілізації збройного конфлікту, що характеризується низькою інтенсивністю бойових дій з періодичними їх загостреннями (таблиця).

Таблиця

Розподіл евакуації поранених військовослужбовців за видами евакуації та санітарно-транспортних засобів

Види санітарно-транспортних засобів	Види евакуації		Всього
	Тактична	Стратегічна	
Гелікоптер, літак	1039	1128	2167
Автомобільний транспорт	5057	253	5310
Залізничний транспорт	899	2443	3342
Всього	6995	3824	10819

Так, протягом року було проведено медичну евакуацію 10 819 поранених і хворих військовослужбовців, у тому числі тактичну – 6 995 (65 %) осіб та стратегічну – 3 824 (35 %). Наведені дані свідчать про те, що 3 171 (45 % – майже половина) поранених та хворих військовослужбовців завершили лікування в закладах охорони здоров'я, що розташовані в районах, наближених до проведення АТО.

За видами санітарного транспорту тактична медична евакуація поділяється таким чином: авіаційний (гелікоптери) – 1039 (15 %), автомобільний – 5057 (72 %) та залізничний – 899 (13 %). Значне перевищення використання автомобільного транспорту над залізничним на рівні тактичної евакуації є закономірним та обґрунтованим, проте проведення медичної евакуації авіаційним транспортом лише 15 % поранених на цьому рівні є недостатнім, що негативно впливає на своєчасність надання відповідної медичної допомоги.

Стратегічна медична евакуація передбачає транспортування поранених і хворих на значні відстані за межі АТО до НВМКЦ "ГВКГ", ВМКЦ регіонів та високоспеціалізованих ЗОЗ Національної академії медичних наук України тощо. За видами транспорту вона поділяється: авіаційний (літаки) – 1128 (29,5 %), автомобільний – 253 (6,5 %) та залізничний – 2443 (64 %). Для цього виду медичної евакуації, що здійснюється на значні відстані, не характерно широке застосування автомобільного транспорту, проте зростає значення евакуації поранених та хворих авіаційним і, особливо, залізничним транспортом.

Аналіз підтвердив, що кожному виду медичної евакуації (передова, тактична, стратегічна) притаманні свої особливості, що потребує різних видів санітарно-транспортних засобів для її проведення. Наявність, кількість та стан санітарно-транспортних засобів, що здійснюють медичну евакуацію у ЗС України вже наведено вище, проте перший реальний досвід застосування залізничного транспорту для медичної евакуації військово-медична служба отримала тільки під час АТО.

Історичний досвід показує, що для медичної евакуації під час другої світової війни в радянській армії широко використовувалися військово-санітарні потяги (ВСП) та військово-санітарні летючки (ВСЛ). ВСП здійснювали медичну евакуацію поранених та хворих із госпітальних баз фронтів в лікувальні заклади тилу країни, а ВСЛ використовувалися для евакуації поранених в межах тилової смуги фронту.

ВСП, як правило, складався із дев'ятнадцяти вагонів серед яких були окремі вагони для легко- та важкопоранених, вагон аптека-перев'язувальна, ізолятор тощо, які переобладнувалися із пасажирських плацкартних та купейних вагонів. Конструкція вагонів дозволяла заносити важкопоранених до вагонів на ношах, де поранені та хворі розміщувалися на спальних місцях вагонів без їх додаткового переобладнання. Під час медичної евакуації у ВСП здійснювалося медичне спостереження за пораненими та хворими, медична допомога надавалася в обсязі першої лікарської та невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги штатним медичним персоналом із використанням табельного медичного майна.

ВСЛ формувалися із тридцяти вантажних критих вагонів, які переобладнувалися для перевезення легко- та важкопоранених, ізолятор, а також до її складу включався вагон аптека-перев'язувальна тощо. Легкопоранені розміщувалися у вагонах на нарах, а важкопоранені на ношах у три яруси. Під час медичної евакуації у ВСЛ здійснювалося медичне спостереження за пораненими та хворими, медична допомога надавалася в обсязі першої лікарської допомоги штатним медичним персоналом та медичним майном.

У ЗС України на особливий період також передбачено формування ВСЛ, проте цей проект через низку проблем організаційного та технічного характеру повністю не завершений. Водночас враховуючи незначну кількість санітарних втрат (поранених та хворих) під час АТО формування та застосування ВСЛ є недоцільним. Проте застосування залізничного

транспорту для евакуації поранених стало вкрай необхідним і виявилось доволі раціональним та ефективним.

У таких умовах Військово-медичним департаментом Міністерства оборони України спільно з Міністерством інфраструктури України та Державною адміністрацією залізничного транспорту України опрацьовано механізм використання окремих плацкартних вагонів в діючих графікових пасажирських поїздах та використання вагону (для перевезення інвалідів) потягу "ІНТЕРСІТІ". Також опрацьовано відповідну Інструкцію по організації та порядку евакуації залізничним транспортом поранених та хворих.

Як підсумок, слід зазначити, що 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. – 25 С.
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. Жилаев, Л.Л. Галин, В.В.

Висновки

1. Підвищення ефективності медичного забезпечення ЗС України в рамках реалізації Програми 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.
4. Досвід проведення медичної евакуації під час АТО підтвердив, що кожному виду медичної евакуації притаманні свої особливості, що потребує різних видів санітарно-транспортних засобів для її проведення.
5. В умовах обмежених можливостей застосування авіаційно-транспортних засобів зростає роль та значення залізничного транспорту для проведення стратегічної медичної евакуації.

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 hiruske 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 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 Савицький В.Л.

УДК 355.415.6(477)

ІСТОРИЧНИЙ ОГЛЯД ЕВОЛЮЦІЇ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАЛІЗНИЧНИХ ТРАНСПОРТНИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ

В.І. Стриженко, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення 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

П.В. Мацера, підполковник медичної служби, старший науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

О.О. Ляшенко, доцент кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

Резюме. В статті викладено результати дослідження еволюції технічних засобів медичної евакуації, як складової системи лікувально-евакуаційного забезпечення шляхом створення військових санітарних летючок для евакуації поранених і хворих із зони бойових дій під час антитерористичної операції.

Ключові слова: лікувально-евакуаційне забезпечення, військова санітарна летючка, залізничні евакуаційні транспортні засоби.

Вступ. Пошук шляхів створення сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення (далі – ЛЕЗ) військ являється безперервним процесом, який тісно пов'язаний зі змінами обрису Збройних Сил України (далі – ЗС), їх озброєнням і технічним оснащенням, рівнем розвитку військової справи, медичної науки, охорони здоров'я