

СИСТЕМА МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОБ'ЄДНАНИХ ЗБРОЙНИХ СИЛ НАТО

Шекера О. Г., доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби запасу, (учасник бойових дій в Афганістані, 1984-1986 рр.)

Стеблюк В. В., доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби, (учасник АТО Ловайського прориву, 2014 р.)

Киржнер Г. Д., кандидат медичних наук, майор медичної служби запасу, (учасник ліквідації наслідків землетрусу у Вірменії, 1988 р.)

В цьому огляді автори намагаються максимально сухо довести термінову необхідність докорінної перебудови української військової медицини на кшталт такої у країн НАТО. Деякі принципи функціонування можуть здаватись схожими, але більшість принципів абсолютно є не властивими для радянської та української військової медицини. Медичне забезпечення Об'єднаних Збройних Сил (ОЗС) НАТО здійснюється з метою збереження боєздатності особового складу та надання медичної допомоги пораненим і хворим та швидкого повернення їх до ладу. В цю суху фразу вкладений глибокий зміст: систему побудовано так, що кожний з вояків розуміє, що його життя та здоров'я розглядаються, як найвища цінність, і, у випадку поранення, все, що теоретично можливо зробити для його порятунку, збереження його здоров'я та реабілітації, буде виконане. Такий підхід є запорукою високого бойового духу.

Роль і значення медичного забезпечення в сучасній війні, за поглядами командування НАТО, визначаються завданнями, які воно покликане вирішувати в умовах застосування зброї масового ураження, тобто в обстановці масових втрат від ядерної, хімічної і біологічної зброї, а також від різних видів звичайного озброєння.

При організації медичного забезпечення береться до уваги маневреність і швидкоплинність ведення бойових дій, відрив з'єднань і частин від головних сил в ході операції на театрі воєнних дій (ТВД), що в значній мірі ускладнює умови діяльності медичної служби, пред'являє високі вимоги до персоналу.

Відповідальність за медичне забезпечення військ (сил) блоку повністю покладається на національні медичні служби. При цьому практичне вирішення задач щодо медичного забезпечення передбачається здійснювати спільними зусиллями військово-медичних служб і цивільних органів охорони здоров'я.

За останні роки керівництвом блоку було вжито заходів щодо інтеграції зусиль в галузі медичного забезпечення об'єднаних збройних сил. Велику зацікавленість у цьому проявляють США, які уклали ряд двосторонніх угод з європейськими союзниками, у тому числі про виділення ліжок у їх військових госпіталях, а також про надання транспорту і особового складу для перевезення поранених.

Завчасно намічені авіабази в європейських країнах НАТО, на яких планується розгорнути в воєнний час евакоприймальні для розміщення поранених збройних сил США з подальшою евакуацією їх на континентальну частину.

Медичне забезпечення в ОЗС НАТО підрозділяється на дві категорії - медичне забезпечення на полі бою і медичне обслуговування.

Медичне забезпечення на полі бою здійснюється штатними медичними підрозділами та частинами армійських корпусів, дивізій, бригад, полків, батальйонів і рівних їм з'єднань, частин та підрозділів сухопутних військ (сил), ВПС і ВМС.

Медичне обслуговування здійснюється медичними органами, що знаходяться в оперативному підпорядкуванні польових армій, груп армій, об'єднаних авіаційних і морських командувань.

Сили і засоби медичної служби сухопутних військ (сил) розміщуються на ТВД відповідно до створеного угруповання і включають чотири ешелони - медичні засоби батальйонів, медичні служби дивізій, армійських корпусів, а також сили і засоби медичної служби в зоні комунікацій.

Перший ешелон медичного забезпечення складають медичні пункти підрозділів, де здійснюються заходи з профілактики захворювань, виявленню хворих, пошуку і збору поранених, надання першої медичної допомоги та з підготовки до подальшої евакуації.

Другий ешелон представлений медичною службою дивізії. Основною функцією цього ешелону є евакуація поранених, хворих і уражених зброєю масового ураження (ЗМУ) з медичних пунктів підрозділів та надання кваліфікованої медичної допомоги на сортувально-евакуаційних пунктах дивізії, а також підготовка їх до евакуації в тилловий район армійського корпусу.

Третій ешелон включає сили і засоби медичної служби армійського корпусу. Його основними завданнями є евакуація поранених, хворих і уражених ЗМУ з сортувально-евакуаційних пунктів другого ешелону, надання спеціалізованої медичної допомоги, лікування поранених і хворих, які можуть бути повернуті в дію після короткочасного лікування (до 15 діб), а також підготовка їх до подальшої евакуації.

Четвертий ешелон складають сили і засоби медичної служби в зоні комунікацій. У його функції входять евакуація поранених, хворих і уражених ЗМУ з армійських корпусів, проведення кваліфікованого лікування (терміном до 30-60 діб) в стаціонарних госпіталях на ТВД та медичного обслуговування за територіальним принципом у межах зони комунікацій.

На думку фахівців НАТО, основою ефективного медичного забезпечення при масовому надходженні поранених і уражених у всіх ешелонах є медичне сортування. Воно полягає в класифікації поранених і уражених ЗМУ по виду ураження і ступеня його тяжкості, визначенні ймовірності виживання поранених і призначення черговості лікування та евакуації з метою надання медичної допомоги можливо більшій кількості поранених і уражених ЗМУ.

Для успішного виконання цих дій необхідно добре підготовлений персонал. Саме тому військові лікарі знаходяться в стані постійного практичного і теоретичного навчання навіть поза військовими діями.

У той же час для всіх військовослужбовців обов'язковим є опанування курсом тактичної медицини (ТССС) з визначенням їх рольових позицій. Усі військовослужбовці вивчають прийоми домедичної допомоги під вогнем (OUF), що має на меті три основних завдання:

- запобігання новим ураженням;
- надання невідкладної допомоги при пораненні;
- виконання бойової задачі.

Другим етапом медичної допомоги є тактична медична допомога (TFC), третім – тактична евакуаційна допомога (TACEVEAC).

Усі заходи тактичної медицини максимально стандартизовані від аптечки для самопомоги (IFAC) до форми запиту на авіаційну евакуацію.

У відповідності з рівнем (об'ємом) необхідної медичної допомоги та шансами на виживання поранені і уражені ЗМУ діляться (в збройних силах більшості країн НАТО) на чотири групи:

- *перша група* - поранені і уражені ЗМУ, лікування яких може бути обмежене наданням мінімальної медичної допомоги з подальшим поверненням в частину. Ця група може скласти до 40% загального числа поранених і уражених;

- *друга група* - поранені і уражені ЗМУ, які потребують невідкладної медичної допомоги. Ця група може скласти до 20% всіх поранених і уражених;

- *третья група* - поранені і уражені ЗМУ, надання хірургічної допомоги яким може бути відстрочено. Ця група може скласти близько 20% від загального числа потребують медичної допомоги;

- *четверта група* - поранені і уражені ЗМУ, надання медичної допомоги яким вимагає значної витрати часу і сил.

Сортування по зазначеним групам лежить в основі і подальшої евакуації поранених і уражених ЗМУ.

При розробці загальних планів медичного забезпечення військ (сил) командування НАТО виходить з того, що в ході бойових дій бойові втрати можуть скласти: убиті - 20%, зниклі безвісті - 10%, поранені - 70% (санітарні втрати, що потребують медичної допомоги та лікування) від загальної кількості втрат. Згідно з діючими прогнозами, 30% поранених можуть бути повернуті до ладу протягом 30 діб. Виходячи з цього розраховується потрібна кількість госпітальних ліжок, яке становить за умови ведення бойових дій із застосуванням звичайних засобів ураження - 8% від особистого складу для Північно-, Південно- та Західно-Європейського ТВД і 11% - для Центрально-Європейського ТВД; із застосуванням ЗМУ відповідно - 12% і 16%. Для кораблів у морі ці цифри становлять 4% і 5%. Медичні служби країн НАТО використовують дані нормативи при розробці національних планів медичного забезпечення, а штаби ОЗС НАТО - для перевірки цих планів на предмет достатності виділюваних сил і засобів медичних служб.

Останнім часом в ОЗС блоку проведені значні за своїм обсягом заходи з метою поліпшення медичного забезпечення військ (сил). Зокрема:

1) посилено засоби надання першої медичної допомоги. У більшості країн НАТО для вивозу поранених з поля бою в штати медичних підрозділів введені крім санітарних машин високої прохідності санітарні бронетранспортери;

2) у всіх медичних ешелонах збільшена ємність засобів евакуації;

3) збільшена мобільність медичних частин і підрозділів. Батальйонні медичні пункти оснащені рухливими перев'язувальними, створеними на базі бронетранспортерів. На озброєння ряду країн надійшли добре оснащені мобільні хірургічні госпіталі на 60 ліжок кожен і санітарні автопоїзди, кожен з яких має 18-26 трейлерів ємністю 40-60 ліжок;

4) підвищена технічна оснащеність польових медичних установ. У більшості країн блоку впроваджена автоматизована система обліку та розподілу медичного майна, запаси якого в середньому розраховані на 30 діб бойових дій та автоматизована система керування медичними потужностями;

5) створена потрібна ліжкова ємність в з'єднаннях і об'єднаннях, яка за оцінкою фахівців блоку у воєнний час може скласти: в дивізіях - 5-7%, а армійських корпусках - 8-12% від чисельності особового складу.

Безпосереднє медичне забезпечення військ (сил) здійснюють: у батальйонах і полках - медичні взводи, в бригадах - медичні батальйони (роти), в дивізіях - медичні полки (батальйони, роти), в армійських корпусках - медичні бригади (батальйони, роти). Структура і можливості медичних підрозділів і частин у збройних силах країн НАТО різні.

У провідних країнах НАТО медико-санітарні війська виділені в окремий рід військ і за цільовим призначенням відносяться до військ тилового забезпечення. Ця позиція є принциповою. Саме вона надає можливість використовувати лише за призначенням медичні сили та тримати їх в добре підготовленому стані. Організаційно, під час проведення бойових операцій, медико-санітарні частини та підрозділи входять в об'єднання, з'єднання і частини видів збройних сил і всіх родів військ.

Ситуація з медичним забезпеченням учасників в зоні АТО виявила ряд недоліків, обумовлених відсутністю сучасної військово-медичної доктрини та неспроможністю

керівництва відповідних відомств своєчасно реагувати на виклики ситуації, що складається за умов «гібридної війни». У наслідок чого на території власної країни ми маємо догоспітальну летальність від поранень, які можна лікувати, вдвічі більшу, ніж США під час війни у В'єтнамі, СРСР в Афганістані. Щодо кількості ампутацій в наслідок несвоєчасної або некваліфікованої медичної допомоги картина ще більш шокує.

Так існуюча практика максимального залучення цивільної медицини в ході бойових дій себе не виправдала. Самовідданість та професіоналізм окремих медичних працівників зводиться нанівець неадекватністю системи як такої.

Це і відсутність системи навчання навичкам військової медицини, відсутність достатньої кількості укомплектованих за сучасними світовими стандартами індивідуальних аптечок, неадекватні потребам умови та засоби медичної евакуації та етапності надання медичної допомоги.

Таким чином, з огляду на масові втрати від різних видів звичайної зброї у виниклому широкомасштабному військовому конфлікті на території України, медична служба Збройних Сил України повинна використовувати в своїй діяльності досвід і можливості медичних підрозділів і частин збройних сил країн НАТО з метою збереження боєздатності особового складу та надання медичної допомоги пораненим і хворим і якнайшвидшого повернення їх до строю.

ДОСВІД АФГАНІСТАНУ ЩОДО ОПЕРАТИВНО-ТАКТИЧНИХ ВИМОГ ДО ЯКІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАСОБІВ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК

Шекера О. Г., доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби запасу, учасник бойових дій в Афганістані.

Добвід участі в бойових діях в Афганістані свідчить, що керівництву Міністерства оборони України необхідно звернути увагу на стан військово-медичної служби Збройних Сил України, а також військових частин та підрозділів, які беруть участь в АТО. У зв'язку з цим пропонується деякі пропозиції щодо вимог до санітарного транспорту та медичної техніки, лікарських засобів, лікарських форм та медичних укладок (комплектів), медичних інструментів та апаратури для застосування в польових умовах.

Вимоги до санітарного транспорту та медичної техніки. У зв'язку з реорганізацією військово-медичної служби та пріоритетним розвитком легкоброньованих засобів, що використовуються в оперативній зоні оборони. Окраска та розпізнавальні знаки повинні відповідати вимогам Женевських конвенцій.

Базове шасі повинно бути уніфіковане з аналогічними по класу транспортними засобами, що застосовуються в Збройних Силах України.

Санітарний транспорт поля бою повинен розроблятися на базі легкоброньованої техніки у протикульовому та протиуламковому виконанні (мобільні комплекси).

Оснащення санітарного транспорту (транспортери, автомобілі, вертольоти) повинно дозволяти транспортування поранених та уражених як сидячих, так і на носилках, а також надавати медичну допомогу в процесі транспортування для чого повинно бути обладнані відповідними розйомами, гніздами та штативами для установки і підключення необхідної медичної апаратури. Салони санітарних автомобілів, пов'язаних із загрузкою та вигрузкою поранених, повинні максимально співпадати за рівнями та пройомами і бути оснащені загрузочно-розгрузочними механізмами.

Вимоги до лікарських засобів, лікарських форм та медичних укладок (комплектів). Медико-технічні вимоги до лікарських форм та лікарських засобів формуються на підставі медико-технічних вимог до аналогічних засобів загальної аптечної мережі та ряду