

УДК 614.2

ПОГЛЯД НА СИСТЕМУ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИЛ ОБОРОНИ УКРАЇНИ

В.Я. Білий, доктор медичних наук, професор, професор кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

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

А.В.Верба, доктор медичних наук, професор, професор кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

Я.Л. Заруцький, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, начальник кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

А.П. Казмірчук, генерал-майор медичної служби, доктор медичних наук, професор, начальник Національного військово-медичного клінічного центру «ГВКГ» МО України

В.Л. Савицький, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, начальник Української військово-медичної академії

О.І. Лашин, полковник медичної служби, заступник начальника Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»

Резюме. В статті висвітлюється погляд авторів на систему організації медичного забезпечення сил оборони України та визначена низка загальних проблем, що необхідно вирішити на організаційному і законодавчому рівнях. Розглянуті питання термінології, наведено визначення окремих термінів та уточнено їх смислове навантаження. Автори розглянули рівні медичного забезпечення сил оборони, якісну характеристику медичної допомоги на етапах медичної евакуації, її обсяг та зміст, варіанти підсилення медичної допомоги та особливості медичної реабілітації поранених. Висвітлені варіанти організації медичного забезпечення сил оборони України в умовах збройного конфлікту низької інтенсивності і локальної війни – конфлікту високої інтенсивності.

Мета дослідження. На підставі аналізу медичного забезпечення бойових дій з'єднань, частин і підрозділів Збройних Сил та інших військових формувань в ході проведення АТО (ООС) розробити пропозиції щодо створення системи медичного забезпечення Сил оборони України шляхом реорганізації військових медичних формувань та удосконалення варіантів їх застосування.

Об'єкт дослідження: система медичного забезпечення Сил оборони України.

Предмет дослідження: організація надання медичної допомоги пораненим і травмованим військовослужбовцям.

Для розбудови і впровадження функціонально-структурної моделі МЗ сил оборони необхідно розглянути питання термінології, що буде застосовуватись у нормативних документах. Кілька поколінь військових і цивільних медиків засвоїли радянську термінологію, на той час чітку, таку, що не допускає подвійних тлумачень. Тому зараз, коли Україна переорієнтовується на стандарти НАТО, є складний перехідний момент, який потребує дати визначення окремим термінам та уточнити їх смислове навантаження. Це дозволить запобігти багатьом непорозумінням і штучно створеним труднощам.

Наведений матеріал є інформацією для обговорення і прийняття рішення по створенню сучасної системи медичного забезпечення сил оборони України.

Ключові слова: воєнні конфлікти, система медичного забезпечення, рівні медичної допомоги.

Вступ. Відповідно до геополітичних ситуацій, Україна поступово «входить» в зону воєнних конфліктів (ВК), що залежно від їх масштабів, характеру виникнення, кількісного складу учасників, інтенсивності розвитку та

правового оформлення можуть бути визнаними за класифікацією НАТО як конфлікти низької інтенсивності (збройні конфлікти, локальні війни), конфлікти середньої інтенсивності (регіональні війни), та – високої

інтенсивності [1, 2]. За своїм воєнним потенціалом та відповідно нової редакції Воєнної доктрини, Україна може вести воєнні дії переважно лише у конфліктах низької та середньої інтенсивності. Водночас, майже п'ятирічний досвід відбиття агресії з боку Росії на сході нашої держави переконливо свідчить про те, що незалежно від масштабу воєнного конфлікту, можливих обмежень у характері бойових дій, складу сил оборони (СО) сектору безпеки і оборони держави, долі залучення воєнно-економічного потенціалу країни для забезпечення вирішення проблем конфлікту, система медичного забезпечення як військовослужбовців, так і мирного населення в зоні воєнного протистояння протиборчих сторін повинна працювати з максимальною ефективністю [3, 4].

Воєнно-медична доктрина України[5] передбачає, що медичні служби СО провадять свою діяльність в єдиному медичному просторі із дотриманням законодавства, медичних стандартів та клінічних протоколів єдиних для мирного і воєнного часу. Медичні служби силових відомств та військових формувань в умовах ВК різної інтенсивності іноді мають специфічні задачі, але єдиним для них є надання медичної допомоги і лікування поранених, травмованих та хворих військовослужбовців. Відмінними є порядок організації медичного забезпечення військ, який залежить від характеру ВК та конкретних оперативних і бойових обставин.

М.І. Пирогов визначив війну як травматичну епідемію, що проявляється масовим ураженням людей при подібному характері травм, «... не медицина, а адміністрація відіграє провідну роль в справі допомоги пораненим і хворим на театрі війни. Без управління та правильної організації немає користі ні від великої кількості лікарів, а якщо їх до того ж мало, то більша частина поранених залишиться зовсім без допомоги. Якщо лікар в таких умовах не буде діяти насамперед адміністративно, а потім вже лікувально, то він зовсім розгубиться і ні голова, ні руки не нададуть нікому допомоги» [6]. З вище

означенням невід'ємно пов'язане ще одне поняття - медичне сортування: визначення характеру і важкості поранень, черги надання медичної допомоги та евакуації [7].

У всіх арміях світу медичне забезпечення бойових дій ґрунтується на єдиному принципі – етапного лікування з евакуацією за призначенням, тобто поєднання надання медичної допомоги та лікування поранених з медичною евакуацією, при цьому процес лікування неминуче буде розділений за етапами медичної евакуації. Відмінності полягають в термінології і певних особливостях, які характерні для кожної країни: організаційно-штатна структура частин, особливості транспортних засобів для медичної евакуації, тощо. Термінологічні характеристики, як правило подібні і відображають не тільки зміст, але й певні особливості. Особливості – визначаються традиціями, економічними і кадровими можливостями, територіальною медичною інфраструктурою, тощо. Існують системи медичного забезпечення (МЗ) загальні (ООН, НАТО) і національні [8, 9]. В Україні, окрім того, вже є свій, національний, майже п'ятирічний досвід медичного забезпечення антитерористичної операції (АТО) та операції об'єднаних сил (ООС) на сході України. А сподівань на те, що нинішнє керівництво Росії найближчим часом припинить агресію на сході України, на жаль, досить мало. Тому, на переконання авторів, і виникає нагальна необхідність в критичному аналізі цього досвіду та визначення основних напрямків подальшого реформування МЗ сил оборони України, що визначені Воєнно-медичною доктриною.

Мета дослідження. На підставі аналізу медичного забезпечення бойових дій з'єднань, частин і підрозділів Збройних Сил та інших військових формувань в ході проведення АТО (ООС) розробити пропозиції щодо створення системи медичного забезпечення Сил оборони України шляхом реорганізації військових медичних формувань та удосконалення варіантів їх застосування.

Об'єкт дослідження: система медичного забезпечення Сил оборони України.

Предмет дослідження: організація надання медичної допомоги пораненим і травмованим військовослужбовцям.

Матеріали та методи дослідження. До початку бойових дій на сході України, від системи МЗ Збройних сил України, що ґрунтувалась на досвіді Радянської армії, майже нічого не залишилось ні в організаційному, ні в матеріальному та кадровому плані [10, 11]. А

військові фахівці, які мали практичний досвід організації МЗ у локальних конфліктах, на жаль, практично майже всі звільнились, а їх зміна такого досвіду вже не мала.

До початку бойових дій, теоретично схема медичного забезпечення ЗС виглядала наступним чином (рис.1). При цьому усі підрозділи і частини мали свою функцію по наданню медичної допомоги.

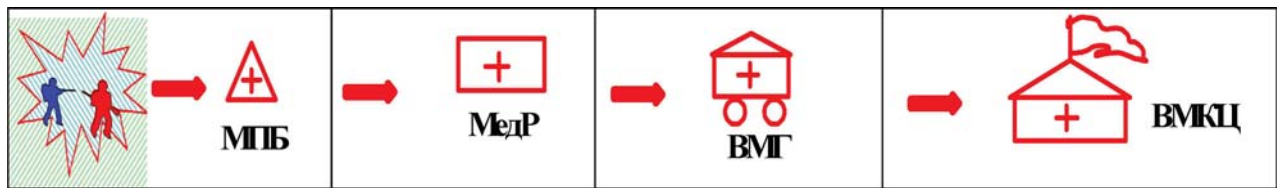


Рис.1. Схема медичного забезпечення Збройних Сил України до початку збройного конфлікту

Характер бойових дій у ході проведення АТО (ООС), з незначною кількістю середньодобових санітарних втрат (близько 10 поранених), внесли у схему розгортання свої корективи: всі сили і засоби медичної служби бригад були розподілені між взводними і ротними опорними пунктами. А медична рота бригади (МедР), як етап медичної евакуації ні разу не розгорталась.

Фактично поранених, після надання їм першої медичної (домедичної), а іноді першої лікарської допомоги, доправляли до військових мобільних госпіталів (ВМГ) з термінами доставки 2-4 години. Частина поранених, що потребувала хірургічної допомоги за невідкладними показаннями (терміни надходження до 1 години) поступали в лікувальні заклади комунальної власності (ЦРЛ), що були підсилені лікарсько-сестринськими бригадами (хірург, анестезіолог, операційна сестра, анестезисти). При цьому використовувались діагностичні, лікувальні, кадрові, комунальні ресурси лікувальних закладів. По суті це були передові хірургічні

групи, що були розгорнуті на базі стаціонарних лікувальних закладів. Ця модель МЗ є ситуаційною і розрахована на санітарні втрати виключно відповідно характеру бойових дій на сході України. Окрім того, теоретично була передбачена передова хірургічна група підтримки, що здатна працювати в польових умовах, на базі медичної роти бригади, з використанням її підрозділів забезпечення. Це дозволило б в медичних ротах надавати першу лікарську допомогу та здійснювати невідкладні заходи хірургічної допомоги в обсязі damage control surgery (DCS), стабілізувати їх стан та підготувати до евакуації у ВМГ. Але практичного досвіду побудови такого варіанту МЗ ще не було.

Для локальної війни із застосуванням всіх ЗС, з формуванням лінії фронту і веденням активних бойових дій, коли середньодобові санітарні втрати (СВ) можуть сягати більшої кількості поранених і така побудова системи МЗ буде неприйнятною. Тому, на нашу думку, необхідно вирішити низку найбільш актуальних проблем:

Визначити організаційно-штатну структуру та завдання медичної роти бригади, де буде передбачений підрозділ підсилення медичної служби батальйонів;

Визначити організаційно-штатну структуру військових мобільних госпіталів з передовими хірургічними групами підтримки (ПХГП) в 2-х варіантах їх використання стаціонарному (А) і польовому (В);

Розглянути питання, щодо створення передових хірургічних груп підтримки, які могли б працювати автономно, як етап медичної евакуації;

Розробити штат і завдання спеціалізованих груп підтримки (СГП);

Завершити формування концепції створення госпітальних баз з вирішенням низки проблем на організаційному і законодавчому рівнях.

Найважливішими питаннями залишаються медичне сортування та евакуація: транспорт, персонал, оснащення, тощо.

Вирішення вищезначених проблем дозволить створити систему МЗ для локальної війни, елементи якої можуть бути використаними в збройних конфліктах будь-якої інтенсивності.

Результати дослідження та їх обговорення. Сили оборони структурно об'єднують в собі ЗС України, інші військові формування та правоохоронні органи в частині їх залучення до виконання завдань з оборони держави відповідно до визначених сценаріїв дій з використанням наявних ресурсів. Складові СО України можуть діяти як самостійно, так і спільно. Відповідно їх медичні служби мають бути готові до МЗ військ власними силами, у взаємодії між собою та із загальнодержавною системою охорони здоров'я. Тому структура медичних служб має відповідати організаційній побудові військ сил оборони.

Функціональна готовність системи медичного забезпечення до виконання завдань за призначенням, насамперед, визначається готовністю системи управління та готовністю хірургічної служби. Своєчасне та якісне надання хірургічної допомоги на ЕМЕ є головною

умовою збереження життя та профілактики тяжких ускладнень у поранених і травмованих.

Основною вимогою до побудови медичних служб є уніфікація основних функціональних елементів та структур, мобільність та упродовження модульного принципу, що забезпечує взаємозамінність, здатність їх своєчасного підсилення, що сприяє підвищенню живучості. Можливості системи МЗ сил оборони мають бути адекватними чисельності військ, їх завданням, напруженості бойових дій, сучасним видам озброєння, очікуваній величині та структури санітарних втрат. Наведені вище погляди співвідносяться із вимогами базової доктрини з медичного забезпечення НАТО МС 0326/3 «Принципи і політика медичного забезпечення НАТО».

Для розбудови і впровадження функціонально-структурної моделі МЗ сил оборони необхідно розглянути питання термінології, що буде застосовуватись у нормативних документах. Кілька поколінь військових і цивільних медиків засвоїли радянську термінологію, на той час чітку, таку, що не допускає подвійних тлумачень. Тому зараз, коли Україна переорієнтовується на стандарти НАТО, є складний перехідний момент, який потребує дати визначення окремим термінам та уточнити їх смислове навантаження. Це дозволить запобігти багатьом непорозумінням і штучно створеним труднощам.

Етап – досить вдалий термін, що означає окрему стадію процесу, проміжок дистанції, в армії – місце для відпочинку, харчування, та лікування на шляху пересування військ, а в нашому випадку - медичної евакуації.

Етап медичної евакуації (ЕМЕ) — це організаційно-тактичне поняття, що характеризує сукупність сил і засобів медичної служби (медичні пункти, мобільні та стаціонарні ВГ, лікарні, НДІ та ін.) та підрозділів забезпечення (зв'язок, продовольче та харчове забезпечення, транспорт та ін.), що розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм певного рівня (виду) медичної допомоги.

Поняття ЕМЕ відповідає визначенню «Medical Treatment Facility» (MTF), згідно доктрини НАТО. Він повинен мати медичну характеристику, тобто наповнення, яке визначає таке поняття як вид, або рівень медичної допомоги.

Рівень (вид) медичної допомоги — це заздалегідь визначені обсяг і зміст медичної допомоги на етапі медичної евакуації, яка включає прийом, сортування, лікувально-діагностичні заходи пораненим, травмованим і хворим, а також підготовку їх до повернення до строю або до подальшої медичної евакуації.

Термін був обґрунтований у нормативних документах з організації надання хірургічної

допомоги з початком збройної агресії Росії і запроваджений в умовах абсолютного вакууму медично-технологічних документів, стандартів, протоколів з медичної допомоги при бойовій травмі на ЕМЕ. Термін запроваджений на основі досвіду радянської військової медицини, в основу якого була покладена кваліфікація персоналу що надає допомогу, і є перехідним організаційно-тактичним і клінічним поняттям, у доповнення до галузевих трактувань видів медичної допомоги для населення мирного часу, в основу яких покладений перелік обов'язкових лікувально-діагностичних заходів в певній послідовності – протоколів і стандартів (табл.1).

Таблиця 1

Характеристика рівнів та обсягу медичної допомоги

Рівень (Вид допомоги)	Терміновість заходів	Обсяг		
		Скорочений	Повний	Розширений
I базова (домедична), перша лікарська (первинна)		-	I	I - ІІа
II кваліфікована (екстрена, вторинна)	а – невідкладні (DCS) б – відтерміновані	II а	II (а+б)	II+
III спеціалізована (вторинна)	а – невідкладні (DCS) б – відтерміновані	III а	III (а+б)	
IV спеціалізоване лікування (третинна)		-	IV	

Примітка: характеристика рівнів медичної допомоги наведена у Вказівках з Воєнно-польової хірургії.

Role (франц. – роль, призначення) – рівень медичного забезпечення визначає функціональні можливості ЕМЕ з надання певного рівня медичної допомоги і медичного забезпечення військ, що розгорнуті в оперативному просторі та об'єднані єдиним управлінням.

Функція медичної допомоги певного рівня забезпечується дотриманням стандартів та протоколів надання медичної допомоги прийнятими для ЕМЕ.

Функція медичного забезпечення полягає у проведенні своєчасної медичної евакуації «на себе» (10-1-2), харчування, поповнення або заміна медичного персоналу та постачання медичного майна до медичних і військових підрозділів нижчого рівня МЗ.

Рівні медичного забезпечення.

Відповідно до вимог НАТО, медичне забезпечення особового складу, що залучається до участі у військових операціях, здійснюється за чотирма рівнями, які визначають якісну характеристику медичної допомоги на ЕМЕ, її рівень, обсяг і зміст, а також евакуаційно-транспортні особливості поранених.

Role I. Перший рівень медичного забезпечення (R I) передбачає надання базової та першої лікарської допомоги у військовому районі, поблизу лінії бойового зіткнення сторін, силами і засобами військових і медичних формувань (в окремих випадках – засобами підсилення).

Базова медична допомога включає збір та евакуацію поранених з поля бою; профілактику

бойових стресових станів; захворювань і не бойових травм. Головне завдання полягає у порятунку життя поранених у перші 10 хвилини після травми, стабілізації їх стану та підготовці до евакуації на наступний рівень МЗ.

У військових підрозділах забезпечується військовослужбовцями в порядку само- і взаємодопомоги, бойовими медиками за стандартами надання домедичної допомоги та прийнятими в окремій країні НАТО: TCCC (Tactical Combat Casualty Care), CLS (Combat Life Saver), 68W (Combat medic) тощо. На сучасному етапі зазначені медичні практики для військовослужбовців без медичної освіти впроваджені в ЗС України, як «тактична медицина».

Перша лікарська допомога надається в медичному пункті батальйону, медичній роті бригади лікарем загальної практики протягом однієї години після поранення, і включає такі основні завдання: збір і сортування поранених і травмованих; реанімацію та стабілізацію їх життєвих функцій за протоколами damage control resuscitation (DCR); підготовку до подальшої евакуації поранених; запобігання бойовому стресу та санітарно-гігієнічні заходи.

На медичний пункт батальйону (МПБ) покладається відповідальність за проведення медичної евакуації з ротних опорних пунктів, поповнення (ротація або заміна) бойових медиків військових підрозділів та забезпечення медичним майном їх і військові підрозділи батальйону. Медичні роти бригад в класичній побудові оперативного розгортання військ не несуть на собі навантаження ЕМЕ. Проте, в умовах очікування значних санітарних втрат можуть стати базою для розгортання передових хірургічних груп підтримки (ПХГП) і функціонувати як ЕМЕ.

Role II. Другий рівень медичного забезпечення (R II) передбачає надання медичної (хірургічної) допомоги за невідкладними і відтермінованими показаннями у військовому мобільному госпіталі (воєнно-польовому госпіталі) лікарями-фахівцями (хірургами, терапевтами) до 2 годин після поранення. На медичні

підрозділи II рівня покладені такі завдання: евакуація «на себе» і сортування поранених і хворих; реанімація, стабілізація стану та підтримуюче лікування тих поранених, травмованих і хворих, які потребують подальшої евакуації; лікування поранених і хворих з нетривалими термінами відновлення боєздатності; регламентований перелік заходів хірургічної допомоги з метою збереження життя, кінцівок та органу зору, інтенсивна терапія, стоматологічна допомога, лабораторні та рентгенологічні дослідження, переливання препаратів крові та кровозамінників відповідно до стандартів надання екстреної медичної допомоги. Включає скорочений та повний обсяг хірургічної допомоги. Скорочений обсяг (II-a) складається з невідкладних хірургічних заходів за протоколами damage control surgery (DCS) з одночасним проведенням DCR для відновлення і стабілізації життєвих функцій, а повний — з невідкладних і відтермінованих II (a+b) заходів хірургічної допомоги.

З метою наближення хірургічної допомоги до бойових порядків, з метою реалізації концепції ранньої хірургічної допомоги (до 1 години) у складі військових мобільних госпіталів доцільно створити передові хірургічні групи підтримки.

У разі можливості надання хірургічної допомоги на базі цивільної лікарні (ЦРЛ) остання підсилюється передовою хірургічною групою. При необхідності створити ЕМЕ - розгортають медичну роту бригади, яку підсилюють ПХГП, що дозволить надавати хірургічну допомогу за II-а рівнем.

Необхідно відмітити, що Role II можуть виконувати не всі ЕМЕ, де надається II рівень медичної допомоги. Різниця полягає в тому, що на ЕМЕ R(II) покладено функцію медичного забезпечення медичних та військових підрозділів R(I).

Role III. Третій рівень медичного забезпечення (R III) включає спеціалізовану медичну допомогу в скороченому (III-a) або повному обсязі III (a+b), яка надається протягом 12–24 годин після поранення у стаціонарних військово-медичних закладах Сил оборони,

лікарнях МОЗ за територіальною ознакою, які відповідають вимогам цього рівня та військовому мобільному госпіталі у разі підсилення його спеціалізованими групами підсилення.

Лікувальні заклади третього рівня мають діагностичну базу і можливості надавати спеціалізовану хірургічну (нейрохірургічну, офтальмологічну, ЛОР, щелепно-лицеву, торакоабдомінальну, урологічну, травматологічну, судинну, комбустіологічну тощо), терапевтичну допомогу, проводити інтенсивну терапію та післяопераційне лікування, сестринський догляд. Лікувальні заклади R(III) застосовують стандарти надання вторинної та третинної медичної допомоги, які прийняті за мирного часу. Третій рівень МЗ розв'язує такі головні завдання: евакуація з першого та другого рівнів МЗ; сортування поранених і хворих; реанімація, стабілізація та підготовка поранених і хворих для подальшої евакуації; медична допомога та тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених і хворих; лікування поранених і хворих, перспективних щодо повернення до строю у певні терміни; підсилення II рівня медичного забезпечення персоналом та медичним майном; стоматологічна допомога, надання допомоги при бойовому стресі, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи в районі розгортання.

Role IV. Четвертий рівень медичного забезпечення (R IV) включає спеціалізоване лікування з використанням високотехнологічного обладнання у спеціалізованих відділеннях (клініках) або спеціалізованих військово-медичних і цивільних закладах охорони здоров'я. На ньому надається вичерпна медична допомога для остаточного відновлення ушкоджених структур і функцій та реабілітація поранених з термінами лікування більшими, ніж визначені евакуаційною політикою, або для лікування яких наявні ресурси третього рівня недостатні. До лікувальних закладів R(IV) відносимо Військово-медичні клінічні центри (ВМКЦ) регіонів, Національний ВМКЦ,

високотехнологічні лікарні МОЗ України та інститути НАМН України.

Підсилення медичної допомоги. Для виконання основних критеріїв своєчасності медичної допомоги (10 – 1 – 2), в умовах очікування значних санітарних втрат хірургічного профілю, цивільні лікарні (ЦРЛ, МЛ) або медичні роти бригад можуть бути підсилені передовими хірургічними групами підтримки. Вони формуються з метою наближення хірургічної допомоги до бойових порядків, утримуються і функціонують при військових мобільних госпіталях.

З метою наближення спеціалізованої хірургічної допомоги до першого ешелону госпітальної допомоги R(II), для реалізації концепції ранньої спеціалізованої хірургічної допомоги при військово-медичних клінічних центрах доцільно створити спеціалізовані групи підтримки (СГП) у ВКМЦ. Останні мають включати з спеціалізованих груп підсилення (судинну, нейрохірургічну, торакоабдомінальну, травматологічну, опікову, тощо). У разі підсилення ЕМЕ II рівня медичної допомоги, обсяг допомоги змінюється на розширений II+ за певним видом спеціалізованої хірургічної допомоги.

Медична реабілітація включає комплекс організаційних, лікувальних і медико-психологічних заходів пораненим військовослужбовцям з метою найшвидшого відновлення їх боєздатності (працездатності), а в разі інвалідності — якнайшвидшої адаптації до цивільного життя. Проводиться на ЕМЕ як елемент медичної допомоги, а після закінчення спеціалізованого лікування триває в реабілітаційних центрах і санаторіях МО та МОЗ України.

Медична реабілітація передбачає проведення комплексу хірургічних і консервативних лікувальних заходів, спрямованих на відновлення ушкоджених анатомічних структур, органів і систем організму та їх функції у поранених і травмованих із певним результатом спеціалізованого лікування.

Медична реабілітація — це комплекс організаційних, лікувальних і медико-

психологічних заходів пораненим військовослужбовцям з метою найшвидшого відновлення їх боєздатності (працездатності) на всіх етапах медичної евакуації. Вона може бути етапною і остаточною.

Заходи етапної медичної реабілітації проводять усім пораненим і хворим, особливо перспективним для повернення до строю у певні терміни (санітарні втрати, які швидко повертаються). До них належать:

III @V25=L M3 — легкопоранені, які після надання їм мінімальної медичної допомоги і реєстрації спроможні повернутися до строю;

III @V25=L M3 — легкопоранені з незначною крововтратою, поверхневим ушкодженням м'яких тканин, поверхневими опіками менше 10 %, легкими формами бойової психічної травми з термінами лікування до 10 діб;

III @V25=L M3 — поранені легкої,

середньої тяжкості, хірургічна допомога яким може бути надана силами і засобами медичної служби госпітальної ланки з термінами лікування до 30 діб.

Легкопоранені становлять до 50 % санітарних втрат хірургічного профілю, що надходять на ЕМЕ, з їх числа формують команди для догляду за пораненими і допомоги при евакуації.

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення

В умовах масового надходження поранених на ЕМЕ важливо вибрати оптимальний варіант організації медичного забезпечення в конкретних бойових обставинах. Пропонуємо розглянути систему МЗ в умовах локального збройного конфлікту (низької інтенсивності) (рис. 2) і локальної, регіональної війни (високої інтенсивності) (рис.3).

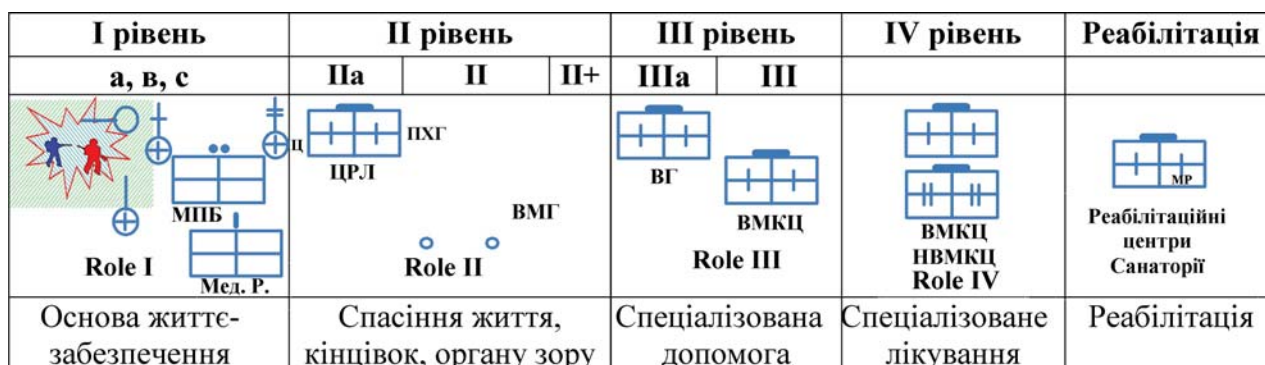


Рис.2. Схема медичного забезпечення Сил оборони України в умовах збройного конфлікту низької інтенсивності: АТО, ООС

Під час ведення бойових дій надання медичної допомоги у тактичній зоні здійснюється на полі бою, в медичному пункті батальйону і медичній роті бригади військовослужбовцем, бойовим медиком (санітаром-інструктором); фельдшером, лікарем загальної практики. В умовах локального збройного конфлікту медична рота бригади як ЕМЕ не розгортається. Концепція етапного лікування поранень полягає в тому, що після надання I рівня медичної допомоги (базової, першої лікарської) у військовій ланці (основа

життєзабезпечення) поранених санітарним транспортом направляють на ЕМЕ II рівня МЗ, R(II).

Поранені червоної сортувальної групи для надання медичної допомоги за II-а рівнем (невідкладних заходів) направляються до районної (міської) лікарні, що підсилена передовою хірургічною групою, або розгорнутої медичної роти, що підсилена мобільною передовою хірургічною групою підтримки ВМГ. Всі інші поранені направляються до найближчого військового мобільного госпіталю

для надання II рівня медичної допомоги, до нього відносяться заходи збереження життя, кінцівок, органів зору і слуху, профілактики хірургічної інфекції та підготовки до подальшої евакуації. У разі підсилення ВМГ спеціалізованими групами підтримки із ВМКЦ обсяг допомоги визначається як розширена II+.

Надання медичної допомоги на III рівні МЗ здійснюється у ВМКЦ регіонів, або у стаціонарних військових госпіталях, що підсилені спеціалізованими групами підтримки. Для надання допомоги за визначеним рівнем можуть бути залучені цивільні лікувальні заклади різних форм власності. У разі надання спеціалізованої допомоги у складі груп підсилення, остання надається за III-а рівнем.

Терміни перебування в госпіталях військової зони R(II) і зоні евакуації R(III) залежать від оперативних обставин і визначаються медичними начальниками. Терміни медичної евакуації на наступні ЕМЕ визначаються нормативними документами з медичного забезпечення.

Відновлювальна хірургія і реабілітація, лікування легко поранених проводяться на IV рівні МЗ і в реабілітаційних центрах за профілем поранень.

Військово-лікарські комісії проводять на ЕМЕ II, III та IV рівнів МЗ.

В умовах конфлікту високої інтенсивності лікувально-евакуаційне забезпечення сил оборони України суттєво зміниться, рис.3 .

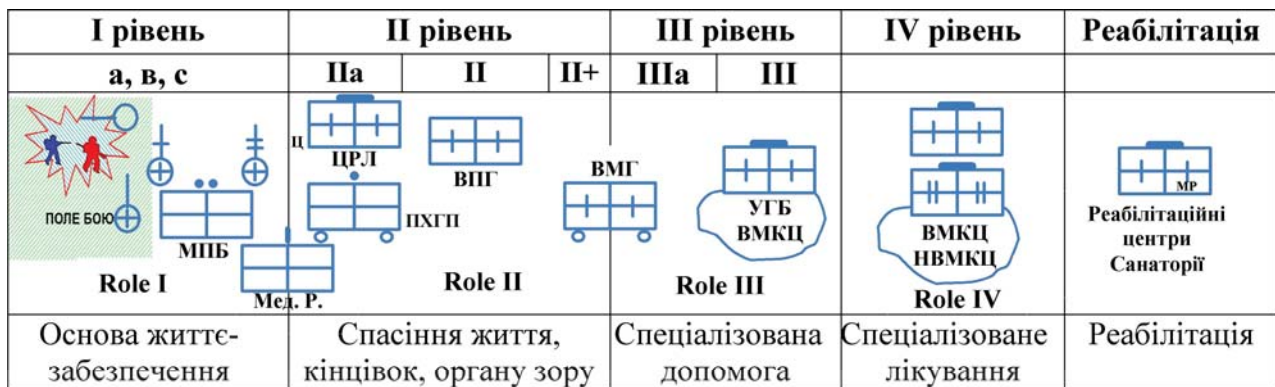


Рис. 3. Схема лікувально-евакуаційного забезпечення Сил оборони України в умовах локальної, регіональної війни (конфлікту високої інтенсивності).

Під час ведення бойових дій в умовах локальної війни надання медичної допомоги у тактичній зоні здійснюється згідно принципів I рівня МЗ (R(I)), що наведені вище.

На ЕМЕ II рівня МЗ поранені червоної сортувальної групи для надання медичної допомоги за II-а рівнем (невідкладних заходів) направляються до районної (міської) лікарні, що підсилена передовою хірургічною групою, або розгорнутої медичної роти бригади, що підсилена мобільною передовою хірургічною групою підтримки ВМГ. Можливий варіант розгортання ПХГП як окремого ЕМЕ, але в цьому випадку до її складу необхідно включити сортувально-евакуаційний підрозділ.

Всі інші поранені направляються до найближчого військового пересувного госпіталю для надання II рівня медичної допомоги, який формується за (01 штатом) на базі військового госпіталю на 200 ліжок мирного часу. ВМГ можуть розгортатись як на II рівні МЗ і, у разі їх підсилення спеціалізованими групами із ВМКЦ обсяг допомоги визначається як II+, так і на III рівні ЛЕЗ, обсяг допомоги для них визначається як III-а.

Надання медичної допомоги на III рівні МЗ (R III) здійснюється у ВМКЦ регіонів, що розгортають госпітальну базу для надання допомоги в якій можуть бути залучені цивільні

лікувальні заклади різних форм власності. При цьому ВМГ можуть виконувати функцію сортувального госпіталю. Обов'язковою складовою госпітальної бази є військовий госпіталь для легкопоранених з відповідним штатом та обладнанням в які направляють поранених з легкою бойовою травмою, яка дозволяє повернутися до виконання своїх обов'язків у терміни певної військової операції (15 – 30 діб).

Терміни перебування в госпіталях військової зони (R II) і зоні евакуації (R III) аналогічні викладеним вище.

Спеціалізоване лікування поранених проводять у лікувальних закладах IV рівня МЗ і в реабілітаційних центрах за профілем поранень. Можливо за умов локальної війни організацію допомоги за IV рівнем МЗ необхідно проводити за принципами роботи госпітальної бази або тимчасових функціональних об'єднань. Військово-лікарські комісії проводять на ЕМЕ III та IV рівнів медичної допомоги.

Заключення. Вище наведений матеріал є інформацією для обговорення і прийняття рішення по створенню сучасної системи медичного забезпечення сил оборони України. Вона повинна бути розрахована на різні варіанти ведення бойових дій в умовах

конфліктів різної інтенсивності з можливим використанням окремих її елементів в залежності від конкретних оперативних та медично-тактичних обставин. Колектив авторів ні в якому разі не претендує на істину останньої інстанції, а запрошує військових і медичних фахівців до відкритої дискусії. Будемо вдячні за критичні зауваження і пропозиції.

Висновки

1. Організація медичного забезпечення Сил оборони, терміни та рівень надання медичної допомоги на ЕМЕ залежать від характеру бойових дій, розміру та структури санітарних втрат і медично-тактичних обставин.

2. При наданні медичної допомоги пораненим визначається її обсяг та зміст залежно від медично-тактичних обставин, що склались. Скорочення кількості ЕМЕ призводить до оптимізації системи медичного забезпечення.

3. Головною метою ЕМЕ I–II рівнів медичного забезпечення є збереження життя пораненого, кінцівок і органу зору, тому обсяг медичної допомоги на них повинен бути скороченим за протоколами екстреної медичної допомоги та технологіями DCR та DCS з подальшою швидкою евакуацією на ЕМЕ III–IV рівнів медичного забезпечення.

Література

1. Воєнна доктрина України / Указ Президента України від 24 вересня 2015 року № 555/2015.
2. Вказівки з воєнно-польової хірургії / за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. – К. : СПД Чалчинська Н. В., 2014. – 396 с.
3. Невідкладна військова хірургія / пер. з англ. – К. : Наш Формат, 2015. – 568 с.
4. Annas G. J. Military medical ethics – physician first, last, always / G. J. Annas // N Engl J Med. – 2008. – Vol. 359. – P. 1087–1090.
5. Воєнно-медична доктрина України / Постанова Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2018 р. №910, К: УВМА, 2018 – 16 с.
6. Брежнев А.П. Страницы жизни великого хирурга // Военно-медицинский журнал. - 1990.- №11.- С.6-11.
7. Giannou C. First Aid in Armed Conflicts and Other Situations of Violence / C. Giannou, E. Bernes.

– Geneva : ICRC, 2006.

8. Iserson K. V. Triage in medicine, part I: concept, history, and types / K. V. Iserson, J. C. Moskop // Ann Emerg Med. – 2007. – Vol. 49. – P. 275–281.

9. AMEDP-13 (A) NATO Glossary Of Medical Terms and Definitions, May 2011. – 113 p.

10. Бадюк М.І. Про вдосконалення системи медичного забезпечення військ у збройному конфлікті / Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти: Збірник наукових праць - К.: ДП «НВЦ» Пріоритети», 2016. – С. 265-267.

11. Білий В.Я. Сучасні підходи до побудови системи лікувально-евакуаційних заходів як основи медичного забезпечення військ в особливий період / В.Я. Білий, А.В., Верба, М.І. Бадюк та ін. // Наука і оборона – К.:2016. – № 2. - 2016.- С.34-41.