

УДК 614.2:355

В. Л. Савицький,*доктор медичних наук, професор, начальник Української військово-медичної академії, полковник медичної служби,***О. М. Власенко,***доктор медичних наук, професор, заступник начальника академії з наукової роботи – начальник Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, полковник медичної служби,***В. І. Стриженко,***кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу бойової патології Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, полковник медичної служби у відставці,***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, полковник медичної служби у відставці,***В. С. Гульпа,***кандидат фармацевтичних наук, начальник науково-дослідного відділу медичного постачання Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії, полковник медичної служби*

Проблемні питання організації медичного забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції на сході країни

У статті проаналізовані проблеми медичного забезпечення ЗС України в зоні антитерористичної операції. Акцентовано увагу на основних напрямках удосконалення медичного забезпечення Збройних Сил України в зоні АТО, необхідності організації взаємодії медичних служб різних міністерств і відомств в єдиному медичному просторі держави, формуванні сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення з метою своєчасного надання медичної допомоги, проведення якісного лікування військовослужбовців до кінцевого результату.

Ключові слова: медична служба Збройних Сил України, застосування військ, система медичного забезпечення, лікувально-евакуаційна система.

© В. Л. Савицький, О. М. Власенко, В. І. Стриженко, О. Ю. Булах, В. С. Гульпа, 2016

Метою розвитку Збройних Сил України (ЗСУ) є набуття спроможностей для ефективного реагування на загрози національній безпеці у війсьній сфері, оборони України, захисту її суверенітету, територіальної цілісності й недоторканності, а також досягнення ними євроатлантичних стандартів та критеріїв, необхідних для набуття членства в НАТО.

Досягнення визначеної мети планується здійснювати шляхом імплементації розроблених на підставі Стратегічного оборонного бюлетеня стратегічних цілей розвитку ЗСУ, однією з яких передбачається створення єдиної системи логістики й удосконалення системи медичного забезпечення ЗСУ відповідно до стандартів НАТО. Прогнозованим результатом її реалізації має стати система медичного забезпечення, спроможна надавати відповідну медичну підтримку у виконанні завдань, що стоять перед ЗСУ [1].

Відомо, що медичне забезпечення являє собою комплекс організаційних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і лікувально-профілактичних, а у війсьній час – лікувально-евакуаційних заходів з метою збереження, зміцнення й відновлення здоров'я особового складу військ.

Зміни умов діяльності медичної служби призводять до зміни наявних і появи нових вимог до системи медичного забезпечення військ. Бойові дії на сході нашої держави вимагають від медичної служби постійного вдосконалення й розроблення нових підходів до надання медичної допомоги, вдосконалення організаційної структури медичних формувань, здатних до роботи в умовах гібридної війни та наслідків терористичних актів, що зумовлює актуальність наукових досліджень і наукового супроводу за вказаною темою.

Історія військової медицини свідчить, що в разі виникнення будь-якої війни в сучасних умовах медичне забезпечення збройних сил може бути успішним лише в тому випадку, якщо й у війсьній час триватиме інтенсивне розроблення проблем військової медицини, а в практику впроваджуватимуться нові наукові досягнення.

Отримання наукових даних у процесі досліджень у зоні антитерористичної операції (АТО), їх аналіз, розробка концептуальних засад організації медичного забезпечення та надання керівництву медичної служби ЗСУ науково обґрунтованих пропозицій стосовно подальшого удосконалення системи медичного забезпечення військ (сил), моніторинг їх запровадження є одними з пріоритетних завдань, які стоять перед Науково-дослідним інститутом проблем військової медицини Української військово-медичної академії.

Мета статті: дослідження проблемних питань організації медичного забезпечення ЗСУ в АТО, визначення спроможності існуючої системи медичного забезпечення угруповання військ у зоні АТО до вирішення завдань за призначенням та обґрунтування шляхів оптимізації системи медичного забезпечення військ (сил).

Авторами використовувалися нормативно-правові документи з питань реформування та розвитку ЗСУ й медичної служби, матеріали зборів керівного медичного складу [2], звітні матеріали фахівців медичної служби за результатами роботи в зоні АТО й наукові публікації.

Медична служба ЗСУ до цього часу не мала практичного досвіду організації медичного забезпечення під час застосування військ (сил) в операціях (бойових діях). Під час обговорення досвіду організації медичного забезпечення ЗСУ та інших військових формувань в АТО [2] були визначені чинники, які суттєво впливають на діяльність медичної служби.

Першим чинником впливу на організацію медичного забезпечення в зоні АТО є той факт, що до складу угруповання військ поряд із ЗСУ були залучені збройні формування інших силових міністерств і відомств: Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ, Державної прикордонної служби України, центральні та місцеві органи влади, які не мали практичного досвіду організації надання медичної допомоги особовому складу під час бойових дій і достатньої кількості сил і засобів медичної служби. Це потребує координації системи взаємодії їхніх органів управління на оперативному рівні: військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) регіону – медичної служби оперативного командування (ОК) – управління медичним забезпеченням зони АТО (медичний відділ штабу АТО).

Другим чинником є активне залучення державної системи охорони здоров'я до організації надання медичної допомоги постраждалим у зоні АТО, їх лікування й медичної реабілітації за відсутності в цивільних лікарів досвіду лікування бойової патології. У структурі санітарних втрат (СВ) до 79% поранених становить цивільне населення (військовослужбовці, відповідно, 21%), що вимагає залучення цивільних закладів охорони здоров'я до їх лікування. Усе це викликало потребу організації системи управління медичним забезпеченням та взаємодії військово-медичної служби з іншими міністерствами і відомствами, організації навчання лікарів з питань лікування бойової патології.

За даними джерел [3, 4], з метою розв'язання проблеми організації взаємодії медичних служб різних міністерств і відомств під час медичного забезпечення збройного конфлікту на Північному Кавказі (1999–2002) для забезпечення своєчасного надання хірургічної допомоги тяжкопораненим уперше була створена система єдиного оперативного керівництва процесом медичного сортування й евакуації поранених. Для цього був налагоджений оперативний зв'язок між медичними підрозділами та польовими медичними частинами, медичним диспетчером, командним пунктом армійської авіації, багатопрофільним військовим госпіталем першого ешелону і черговим медичної служби угруповання військ. Центром цієї системи став цілодобовий медичний диспетчерський пункт. За рахунок цього вдалося скоротити терміни медичної евакуації, надання хірургічної допомоги пораненим та

оптимізувати медичну допомогу в районі бойових дій [3–5]. Медичний диспетчерський пункт працював у складі оперативної групи штабу напрямку, де концентрувалася вся поточна інформація про характер бойових дій, СВ і завантаження етапів медичної евакуації (ЕМЕ), а також про наявність санітарно-транспортних засобів і вертольотів, які використовувалися для вирішення оперативних завдань. У разі неможливості аеромедичної евакуації потоки поранених без затримки евакуювалися автотранспортом у найближчі польові медичні частини – медичні загони спеціального призначення (МЗСП), з їх попереднім інформуванням про кількість, структуру і тяжкість поранень.

На думку авторів, медичне забезпечення угруповання військ у зоні збройного конфлікту не може розглядатися ізольовано поза державною політикою в галузі охорони здоров'я громадян країни. Система заходів медичного забезпечення всіх категорій громадян, які беруть участь у збройному конфлікті, має обов'язково враховувати тяжкість перебігу патологічного процесу в конкретного пораненого (хворого), призначення й завдання лікувальної установи, де надається медична допомога, а також можливості проведення евакуаційних заходів. Отже, принципи й алгоритм роботи військових і цивільних медичних установ охорони здоров'я в особливий період, принципи надання медичної допомоги, рівні медичного забезпечення й ЕМЕ, лікувально-діагностичні протоколи і стандарти повинні бути єдиними, акумулюючи найсучасніші світові досягнення в галузі організації та практики надання медичної допомоги громадянам у збройних конфліктах [6].

На державному рівні діяльність усієї системи охорони здоров'я під час збройного конфлікту повинна керуватися й координуватися єдиним органом управління, який забезпечить єдність функціонування військової та цивільної складових охорони здоров'я держави на єдиних принципах, за умов чіткого регулювання та управління цими процесами з розмежуванням їхніх функцій і повноважень.

На галузевому рівні на цій підставі потрібно затвердити:

- єдність організаційних принципів, єдність етапів надання медичної допомоги, єдність порядку застосування сил і засобів медичного забезпечення особового складу угруповання військ у зоні АТО – шляхом видання розпорядження директора Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України (МОУ);
- єдині підходи володіння методами етапного лікування вогнепальних ран, мінно-вибухової травми і бойової терапевтичної патології – шляхом видання методичних вказівок головних медичних спеціалістів МОУ;
- чітке ведення на етапах медичної евакуації облікової та звітної документації шляхом запровадження первинних медичних карток, упорядкування реєстрації відомостей про поранених і хворих, надану медичну допомогу, врегулювання проходження звітної інформації

з питань медичного забезпечення (обліково-звітних форм та таблиць термінових донесень Генерального штабу ЗСУ).

Узагальнення порушених питань стосовно нормативно-правового забезпечення передбачає необхідність розробки і введення в дію: Настанови з медичного забезпечення ЗСУ на особливий період, Настанови з медичної евакуації в ЗСУ на особливий період, Настанови з медичного постачання ЗСУ (на сьогодні діють Тимчасові настанови, затверджені відповідними наказами Генерального штабу ЗСУ). Зміни і доповнення до порядку військово-лікарської експертизи учасників АТО доцільно узагальнити в єдиному нормативному документі, розробити і ввести в дію Військово-медичну доктрину, концептуальні засади якої за професійними напрямками зробити єдиними для виконання на всьому медичному просторі України.

Особливості ведення бойових дій у зоні АТО, пов'язані з партизанськими й терористичними методами боротьби, їх циклічністю та нерівномірністю, зростанням ролі дистанційного ураження військовослужбовців і мирного населення, вибіркового ураження об'єктів, а також імовірністю поширення диверсій на всю територію держави, слід розглядати як один з основних факторів впливу на розміри і структуру СВ.

Прогнозування можливих розмірів і структури СВ особового складу угруповання військ (сил) у зоні АТО є важливим завданням медичної служби, яке фактично зумовлює побудову системи медичного забезпечення військ (сил). Науково обґрунтований прогноз СВ є необхідним орієнтиром для керівництва медичної служби ЗСУ при плануванні й визначенні потреби в силах і засобах медичної служби з метою організації медичного забезпечення військ у зоні АТО.

Із цією метою авторами було проведено дослідження структури СВ, котрі надійшли до ВМКЦ Північного регіону й у складі яких 45–52% становили множинні, поєднані та комбіновані поранення. Такі самі висновки наводяться в дослідженнях [7, 8], де стверджується, що у воєнних конфліктах останніх десятиліть у структурі СВ значно зростає частка тяжких, множинних і поєднаних поранень.

Серед усіх вогнепальних поранень переважали осколкові – 61,4%. Кульові поранення зустрічаються у 5–10% поранених. Контузії та невогнепальні травми становили 35,9% від вхідного потоку, з них травми кінцівок – 32,6% від усіх травм і контузій, закриті черепно-мозкові травми (струс, забій головного мозку) – 40,5% серед травм і контузій.

Загальна кількість учасників АТО, які перебували на лікуванні з розладами психіки за час дослідження у ВМКЦ Північного регіону, становила 18,25% від СВ [2], що надійшли до центру (в матеріалах не враховані випадки бойового стресу в перші два місяці АТО).

Структура СВ за тяжкістю ушкоджень у зоні АТО (табл. 1) виглядає таким чином: легкі – 50,3%, середньої тяжкості – 42,2%, тяжкі і вкрай тяжкі – 7,5% [2].

Таблиця 1

Розподіл поранених за ступенями тяжкості в першій та другій воєнних кампаніях на Північному Кавказі [3, 9] порівняно з АТО

Ступінь тяжкості	Основні евакуаційні напрямки						АТО (Україна)
	Владикавказ		Моздок		Буйнакськ		
	1994–1996	1999–2001	1994–1996	1999–2001	1994–1996	1999–2001	2014
Легкий	57,0	53,5	54,3	56,0	–	60,0	50,3
Середній	21,0	20,0	23,0	20,0	–	22,5	42,2
Тяжкий	20,0	25,0	19,0	21,5	–	14,5	7,5
Український тяжкий	2,0	1,5	3,7	2,5	–	3,0	
Усього	100,0	100,0	100,0	100,0	–	100,0	100,0

Дослідженням структури СВ в інших збройних конфліктах (Афганістан, 1979–1989; Чечня, 1994–1996, 1999–2002) встановлено, що тяжкі та вкрай тяжкі поранені становили 20–30% від загальних СВ [5, 10]. Низький показник тяжких і вкрай тяжких поранених (7,5%), котрі надходили на етапи медичної евакуації із зони АТО, на наш погляд, вимагає проведення додаткового, ретельнішого дослідження. Водночас, на думку експертів [2], такий показник може розцінюватися як ознака недоліків організації лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) поранених і хворих у зоні АТО (несвоєчасне і неповне надання медичної допомоги, некомплект санітарів і санінструкторів, затримки евакуації із зони бойових дій тощо).

Порівняльний аналіз структури СВ за локалізацією (табл. 2) виявляє спільну ознаку в усіх війнах – значне зростання поранень травматологічного профілю та голови (з урахуванням категорії офтальмологічних, щелепнолицевих, ЛОР-поранень).

Таблиця 2

Частота поранень анатомічних ділянок тіла в різних війнах, %

Частина тіла	Велика Вітчизняна війна (1941–1945)	В'єтнам (США)	Війна в Афганістані (СРСР)	Війна в Чечні (1995)	АТО (2014)*
Голова	16,0	14,0	13,7	24,4 (голова та шия)	37,5–39,0
Шия	3,0	7,0	2,0		2,7–3,1
Груди	9,0	5,0	12,2	8,6	8,5–9,5
Живіт	5,0	18,0	7,1	2,3	3,8–7,0
Таз	–	–	3,8	1,6	2,7–4,8
Кінцівки верхні	30,0	20,0	26,3	27,3	25,0–25,7
Кінцівки нижні	37,0	36,0	34,9	35,8	33,5–36,8

* Наведено узагальнені дані Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») та ВМКЦ Північного регіону.

Виявлені особливості розмірів і структури СВ потребують прийняття рішень щодо оптимізації системи медичного забезпечення ЗСУ в зоні АТО шляхом запровадження в практику базових принципів медичного забезпечення – своєчасності, адекватності, послідовності, спадкоємності, нарощування медичної допомоги, евакуації поранених за призначенням.

На початку бойових дій у зоні АТО внаслідок значного розосередження військових підрозділів на території виник дефіцит медичних працівників військової ланки. З метою усунення цієї проблеми на базі ВМКЦ регіонів та військових госпіталів були створені мобільні лікарсько-сестринські бригади (МЛСБр), які надавалися кожному підрозділу, котрий направлявся в зону бойових дій. До складу кожної МЛСБр входили два хірурги першої або вищої лікарської категорії, лікар-анестезіолог і дві медичні сестри. Цим бригадам були надані автоперев'язувальні та санітарні медичні машини для евакуації поранених.

За результатами досліджень, використання зазначених спеціалістів у польових умовах вважається недоцільним, тому що обсяг медичної допомоги, який вони надавали в умовах складної бойової обстановки, був мінімальним.

Як розв'язання проблеми запропоноване створення на базі медичних рот мобільних медичних відділень, які можуть використовуватися для підсилення батальйонних тактичних груп (у складі лікарів загальної практики і середнього медичного персоналу). Організаційно вони можуть розгортатися і працювати на базі медичних пунктів батальйонів, що сприятиме своєчасній медичній допомозі тяжкопораненим. Виходячи із цього, призначення та організаційна структура медичної роти бригади потребує перегляду.

Медичну допомогу пораненим пропонується [2, 11] розподілити на догоспітальну допомогу (першу медичну допомогу (ПМД), першу лікарську допомогу (ПЛД), елементи кваліфікованої медичної допомоги (КМД)) та госпітальну (КМД і спеціалізовану медичну допомогу (СМД) і медичну реабілітацію). Вимоги до надання ПМД пораненим залишаються незмінними. Для цього кожен військовослужбовець має бути забезпечений індивідуальними засобами медичного захисту (аптечками індивідуальними). Відповідно укомплектованими мають бути сумки медичні санітарів і санітарних інструкторів (де вони є за штатом). Особовий склад повинен володіти прийомами само- і взаємодопомоги при основних видах поранень і невідкладних станах. Рятування і збереження життя поранених залежатиме також від своєчасного їх розшуку та евакуації з осередків СВ до найближчого етапу медичної евакуації. Для цього підрозділи повинні бути забезпечені броньованим санітарним транспортом (броньованими медичними машинами), санітарними автомобілями.

Першу лікарську допомогу необхідно надавати переважно в обсязі невідкладних заходів з метою уникнення тяжких ускладнень і рятування життя поранених. Залежно від обставин вона може надаватися на медичному пункті батальйону при його розгортанні (перший рівень

медичного забезпечення), медичному пункті полку, а також у медичній роті бригади (другий рівень медичного забезпечення). Стрімкість бойових дій не завжди даватиме можливість розгортати зазначені передові ЕМЕ, тому в деяких випадках вони можуть працювати «з коліс» (на ходу або при частковому розгортанні окремих функціональних підрозділів, наприклад автоперев'язувальної АП-2).

КМД рекомендується надавати лише в разі неможливості своєчасного направлення поранених на етап СМД та затримки евакуації. Виконуються заходи КМД в обсязі невідкладних (і термінових) оперативних втручань і проводяться реанімаційні заходи при станах, які загрожують життю поранених або можуть призвести до тяжких ускладнень. Цей вид допомоги може надаватися й у медичній роті (при її розгортанні та відповідному підсиленні), військовому мобільному госпіталі (ВМГ) або у визначених лікувальних закладах Міністерства охорони здоров'я (МОЗУ) (третій рівень медичного забезпечення).

Спеціалізовану медичну допомогу пропонується надавати переважно у стаціонарних лікувальних закладах, які доцільно ешелонувати (четвертий рівень медичного забезпечення). Лікувальні заклади першого ешелону СМД, залежно від обстановки, можуть розгортатися на базі стаціонарних військових госпіталів та цивільних лікарень для забезпечення ранньої СМД в обсязі невідкладних (можливо, і термінових) оперативних втручань і реанімаційних заходів при загрозливих для життя поранених станах за умов підсилення їх відповідними фахівцями. До закладів другого ешелону СМД можна віднести обласну лікарню або ВМКЦ, де продовжується виконання невідкладних і термінових оперативних втручань, проведення реанімаційних заходів, а також виконання відстрочених операцій. Поранені та хворі зі складними пораненнями й захворюваннями, які потребують тривалих термінів лікування та експертизи працездатності, можуть направлятися до закладів третього ешелону СМД (НВМКЦ «ГВКГ», клінік Української військово-медичної академії, клінік науково-дослідних установ та ін.).

Значна кількість постраждалих, які мали множинні, поєднані, комбіновані ушкодження під час бойових дій в Афганістані, Чечні, вимагала від організаторів медичного забезпечення наближення СМД до зони бойових дій або евакуації поранених гелікоптерами безпосередньо з осередків СВ на перший ешелон СМД [9]. Зростання в зоні АТО поранень голови (до 37–39% від вхідного потоку) за умов відсутності чітко налагодженої аеромедичної евакуації вимагає формування передових ЕМЕ як багатопрофільних закладів. Останні, згідно з дослідженнями авторів [12], доцільно розгортати на базі військових мобільних госпіталів та цивільних лікарень, які залучаються до системи ЛЕЗ, шляхом направлення до них, залежно від оперативної-медичної обстановки, багатопрофільних груп спеціалізованої медичної допомоги, котрі за мирного часу мають утримуватися в складі НВМКЦ «ГВКГ»,

ВМКЦ регіонів, Української військово-медичної академії або у складі загону спеціалізованої медичної допомоги.

Ураховуючи, що в загальній структурі СВ за ступенем тяжкості 50,3% (табл. 1) становлять поранені легкого ступеня тяжкості, а також те, що вони протягом 30 днів можуть повернутися до лав ЗСУ, термінового розв'язання вимагає проблема створення госпіталів для легкопоранених.

Водночас, за даними досліджень [13, 14], інфекційні хвороби під час бойових дій в Афганістані та Чеченській Республіці становили понад 28–30% від соматичних захворювань. Тому виникає проблема створення у структурі ЛЕЗ інфекційних відділень у складі військових госпіталів, інфекційних госпіталів або профілізації під них лікувальних установ МОЗУ.

Наявність у загальній структурі СВ серед учасників АТО від 18,25% до 47% осіб із розладами психіки та випадками бойового стресу потребує замовлення на підготовку спеціалістів за даним профілем, а також створення на базі ВМКЦ і стаціонарних військових госпіталів психіатричних відділень.

Автори поділяють позиції тих фахівців, які стверджують, що, на відміну від широкомасштабних воєн минулого, в сучасних локальних війнах і збройних конфліктах пріоритетом стає не повернення поранених і хворих у стрій, а збереження життя максимальній кількості постраждалих [15, 16]. Для досягнення цієї мети наявні ресурси держави, а також сили, засоби й можливості медичної служби повинні бути спрямовані на надання медичної допомоги всім пораненим і хворим, навіть якщо характер їхніх ушкоджень залишає мінімальний шанс на збереження життя. У зоні АТО методом вибору реалізації зазначеного положення має бути евакуація поранених з рівня першої лікарської допомоги до закладу, де вони можуть отримати СМД, лікування й реабілітацію до визначеного результату.

Аналіз перелічених проблем, пов'язаних із медичним забезпеченням у зоні АТО, дає авторам даного дослідження підстави запропонувати керівництву медичної служби ЗСУ можливі напрями вдосконалення системи ЛЕЗ військ (сил), а саме:

- запровадити в навчальних закладах, військкоматах, ЗСУ та інших силових міністерствах і відомствах систему медичної підготовки особового складу з надання само- і взаємодопомоги з обов'язковим прийняттям заходів щодо практичного застосування індивідуальних засобів захисту;
- повністю забезпечити особовий склад угруповання військ (сил) у зоні АТО уніфікованими індивідуальними засобами захисту;
- створити у складі ЗСУ навчальні роти молодшого медичного персоналу для підготовки санітарних інструкторів і санітарів;
- укомплектувати передові підрозділи медичної служби броньованими засобами медичної евакуації, а також сучасними засобами розшуку поранених;

- укомплектувати особовим складом медичну службу оперативної й тактичної ланок;
- з метою підсилення передових етапів медичної евакуації розглянути можливість включення в майбутню організаційно-штатну структуру медичної роти бригади мобільних медичних груп для забезпечення екстреної медичної допомоги в медичних пунктах батальйонів;
- створити на базі ВМКЦ регіонів багатопрофільні групи медичного підсилення для наближення спеціалізованої медичної допомоги до передових етапів медичної евакуації;
- розглянути можливість створення багатопрофільних госпіталів з метою усунення багатоетапності в системі етапного лікування поранених і хворих;
- запровадити систему медичної реабілітації поранених і хворих;
- створити на базі ВМКЦ регіонів (військових санаторіїв) відділення легкопоранених і легко хворих з термінами лікування до 30 днів з метою поповнення лав ЗСУ;
- на рівні Ради національної безпеки і оборони України порушити проблему аеромедичної евакуації тяжкопоранених із зони АТО та створення органів управління медичною евакуацією на стратегічному та оперативно-тактичному рівнях;
- організаційно відновити функціонування та укомплектувати сучасною автомобільною технікою автосанітарні медичні підрозділи з передачею їх у підпорядкування медичної служби ОК;
- відновити в системі бойової підготовки медичної служби планування і проведення щорічних практичних навчань із розгортанням у польових умовах медичних рот і ВМГ.

Під час проведення дослідження організації медичного забезпечення в зоні АТО виявлена також низка проблем, пов'язаних з медичним постачанням як особового складу, так і лікувальних установ медичної служби ЗСУ та МОЗУ. Військовослужбовці не мають уніфікованого медичного оснащення – аптечок індивідуальних, сумок санітара, укладок (комплектів) фельдшерських. Перед відправкою в зону АТО підрозділи забезпечуються переліченими засобами, які в довільній формі формуються медичною службою відправника. У подальшому в 50% випадків забезпечення медичним майном відбувається з військових госпіталів за територіальним та видовим принципами, а в 50% випадків – за рахунок волонтерської допомоги.

Установлено, що волонтерські організації забезпечують майже 50% потреби в медичному майні військових госпіталів. Фактично вони на 75% задовольняють війська й лікувальні заклади медичним майном.

Перелічені проблеми пропонується вирішити таким чином:

- до складу медичної служби АТО включити підрозділ медичного постачання з повноваженнями стосовно збирання інформації щодо потреби в медичному майні підпорядкованих медичних служб секторів, витребування

медичного майна з органу управління медичної служби (Військово-медичного департаменту МОУ), отримання медичного майна за рішеннями органа управління з медичних установ постачання, військових госпіталів, волонтерських організацій або гуманітарної допомоги, обліку отриманого майна, розподілу медичного майна та організації його доставки до медичних служб секторів;

- до складу медичної служби сектора оборони ввести офіцера з медичного постачання, якого зобов'язати проводити збирання інформації щодо потреби в медичному майні підпорядкованих військових частин та здійснювати витребування медичного майна з органу медичної служби АТО, отримання медичного майна, облік отриманого майна, розподіл та організацію його доставки до військових частин.

Рішенням РНБО України пропонується надати повноваження медичній службі АТО й затвердити положення про те, що все медичне майно, яке надійшло до медичної служби АТО, є державною власністю, підлягає обов'язковому обліку і після цього розподіляється серед військових формувань за територіальним принципом без розподілу на їх видову належність, а також для забезпечення медичним майном за потребою лікувальних установ і закладів МОЗУ, які надають медичну допомогу пораненим і хворим із зони АТО.

Зростання занепокоєння суспільства стосовно ціни людського життя, прагнення до зменшення втрат і повернення у стрій і до праці максимальної кількості поранених і хворих суттєво збільшує вимоги до організації роботи передових етапів медичної евакуації та боротьби за життя тяжкопоранених.

Пошуки сучасних організаційно-структурних форм побудови медичної служби ЗСУ мають проводитися з урахуванням власного досвіду організації медичного забезпечення угруповання військ (сил) у зоні АТО та сучасних тенденцій розвитку військової медицини, поширених у розвинених країнах світу. Водночас запропонованій системі організації медичного забезпечення ЗСУ повинна відповідати й організаційно-штатна структура медичної служби та форми її застосування.

Висновки

1. Наявність у ЗСУ ефективної системи медичного забезпечення є важливою складовою їх боєздатності. Особливої актуальності набуває опрацювання нормативно-правової бази медичного забезпечення ЗСУ, формування єдиного органа управління медичним забезпеченням на стратегічному рівні, укомплектування військ (сил) особовим складом медичної служби, визначення конфігурації системи ЛЕЗ у зоні АТО.

2. У сучасних умовах зберігає своє значення основний принцип медичного забезпечення – максимальне скорочення кількості етапів медичної евакуації з метою надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим у найкоротші терміни, у зв'язку із чим зростає

потреба в подальшому розвитку й удосконаленні всіх видів медичної допомоги за затвердженими стандартами одночасно з упровадженням нових перспективних технологій, стандартів і методик для підвищення якості медичної допомоги.

3. Для надійного медичного забезпечення військ (сил) актуальним є питання забезпечення ЗСУ індивідуальними засобами медичного захисту, сучасним комплектно-табельним оснащенням та спеціальною медичною технікою, броньованими засобами для вивезення поранених з поля бою та санітарними автомобілями для медичної евакуації, стандартними уніфікованими модулями для розгортання етапів медичної евакуації тощо.

4. Специфіка структури санітарних втрат особового складу потребує застосування багатопрофільних лікарсько-сестринських бригад (груп СМД) для підсилення госпітальної ланки. Для підсилення передових етапів медичної евакуації (батальйонних тактичних груп у зоні АТО) пропонується використовувати мобільні медичні відділення медичних рот. Іншим важливим напрямом удосконалення СМД передбачається спеціалізація закладів охорони здоров'я МОУ та МОЗУ для реалізації принципу евакуації поранених і хворих «за призначенням», створення системи медичної реабілітації.

Перелік літератури

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

2. Досвід організації медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції: Матеріали науково-практичної конференції. – К., 2014. – 104 с.

3. Гуманенко Е. К. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в отдельных отрядах специального назначения (сообщение четвертое) / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов, В. В. Северин, К. П. Головки // Военно-медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 12–19. – Библиография – С. 19.

4. Гайдар Б. В. К вопросу о необходимости сокращения этапов медицинской эвакуации в условиях локальных войн и вооружённых конфликтов / Б. В. Гайдар, В. А. Иванцов, В. О. Сидельников // Военно-медицинский журнал. – 2004. – № 6. – С. 4–7. – Библиография – С. 7.

5. Ефименко Н. А. Хирургическая помощь раненым в вооружённом конфликте: организация и содержание первой, доврачебной и первой врачебной помощи (сообщение первое) / Н. А. Ефименко, Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов // Военно-медицинский журнал. – 1999. – № 6. – С. 25–31. – Библиография – С. 31.

6. Доктрина медичного забезпечення ЗС України / за ред. В. Л. Савицького; М. І. Бадюк, О. Ю. Булах, О. М. Власенко та ін. // Затверджена наказом начальника Генерального штабу ЗС України № 221 від 4 вересня 2014 р.

7. Смирнов И. А. Структура санитарных потерь населения от обычного оружия в войнах и вооружённых конфликтах /

И. А. Смирнов // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 6. – С. 16–18.

8. *Смирнов И. А.* Работа полевого многопрофильного госпиталя по оказанию медицинской помощи пораженным хирургического профиля на Северном Кавказе / И. А. Смирнов // Военно-медицинский журнал. – 2003. – № 9. – С. 15–22. – Библиография – С. 22.

9. *Гуманенко Е. К.* Организация и содержание специализированной хирургической помощи в многопрофильных военных госпиталях 1-го эшелона во время контртеррористических операций на Северном Кавказе / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов, В. И. Бадалов // Военно-медицинский журнал. – 2006. – № 3. – С. 7–18. – Библиография – С. 18.

10. *Гуманенко Е. К.* Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе: первая, доврачебная и первая врачебная помощь в зоне боевых действий (сообщение второе) / Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов, А. А. Трусов, К. П. Головки // Военно-медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 4–13. – Библиография – С. 13.

11. Вказівки з воєнно-польової хірургії / за ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. – К. : СПД Чалчицька Н. В., 2014. – 396 с.

12. *Булах О. Ю.* Щодо розвитку організаційних форм спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим в сучасних умовах / О. Ю. Булах, В. І. Стриженко, В. Г. Лівінський // Проблеми військової охорони здоров'я. – К., 2014. – Вип. 41. – С. 70–80. – Библиография – С. 79–80.

13. *Халимов Ю. Ш.* Формирование санитарных потерь терапевтического профиля в локальных войнах и вооруженных конфликтах / Ю. Ш. Халимов, Н. А. Ткачук, А. Н. Жекалов // Военно-медицинский журнал. – 2012. – № 9. – С. 4–11. – Библиография – С. 11.

14. *Чиж И. М.* Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах / И. М. Чиж // Военно-медицинский журнал. – 2000. – Т. 321. – № 6. – С. 4–15.

15. *Брюсов П. Г.* Организация хирургической помощи легкораненым на этапах медицинской эвакуации / П. Г. Брюсов // Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 8. – С. 13–17. – Библиография – С. 17.

16. *Сохін О. О.* Стратегія збереження життя поранених у сучасних війнах та за надзвичайних ситуацій мирного часу / О. О. Сохін, О. Ю. Булах, Л. М. Черней // Наука і оборона. – 2006. – № 1. – С. 44–48. – Библиография – С. 48.