

УДК 614.2

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ В АНТИТЕРОРИСТИЧНІЙ ОПЕРАЦІЇ: ДОСВІД ТА НАПРЯМКИ ЙОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

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

В.П. Майданюк, полковник медичної служби, кандидат медичних наук, доцент, начальник ВМКЦ Південного регіону

О.М. Власенко, полковник медичної служби, доктор медичних наук, професор, заступник начальника академії з наукової роботи – начальник Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української військово-медичної академії

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

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

Резюме. В статті проаналізовані проблемні питання організації медичного забезпечення Збройних Сил України в антитерористичній операції (АТО). Акцентовано увагу на характеристичні вхідного потоку санітарних втрат особового складу, особливостях побудови лікувально-евакуаційної системи в зоні АТО, шляхах оптимізації системи медичного забезпечення військ (сил) в операції.

Ключові слова: антитерористична операція, організація медичного забезпечення, лікувально-евакуаційна система, санітарні втрати.

Вступ. Участь медичної служби Збройних Сил (ЗС) України в організації медичного забезпечення поранених і хворих при застосуванні військ (сил) в антитерористичній операції (АТО) на південному сході країни виявила низку проблемних питань, що вимагають пошуку напрямків їх вирішення шляхом обґрунтування пропозицій щодо створення і негайного впровадження системи медичного забезпечення угруповання військ у зоні АТО, що відповідає сучасним вимогам.

Найважливішою особливістю впливу на організацію медичного забезпечення у зоні АТО є застосування Збройних Сил України спільно із збройними формуваннями інших силових міністерств і відомств, а також активне залучення державної системи охорони здоров'я в організації надання медичної допомоги постраждалим та їх лікуванні, що вимагає удосконалення взаємодії військового

командування і органів управління медичної служби зазначених формувань [1,2].

Виявлені особливості структури санітарних втрат вимагають наближення медичної допомоги до постраждалих, удосконалення системи медичної евакуації поранених, підготовки фахівців з лікування сучасної бойової патології і, відповідно, зміни організаційно-штатної структури медичних підрозділів та пошуку шляхів оптимізації системи медичного забезпечення військ, що і обумовлює актуальність дослідження.

Матеріали та методи дослідження. Використовувались матеріали експертного опитування головних спеціалістів Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (ВМКЦ ПнР), вивчалась поточна документація. Використовувались також матеріали науково-практичної конференції військово-медичної служби (18 грудня 2014

року, м. Ірпінь), літературні джерела за темою. Об'єкт дослідження – система медичного забезпечення ЗС України. Предмети – нормативно-правове забезпечення та організаційно-функціональна структура медичної служби, показники роботи медичної служби в зоні АТО і ВМКЦ регіонів. Методи дослідження: бібліосемантичний, порівняльного аналізу, системного підходу, статистичний, експертного опитування.

Результати дослідження та їх обговорення. З початком АТО на південному сході України фахівці змушені були надавати медичну допомогу постраждалим з вогнепальною, мінно-вибуховою травмою, поєднаними, множинними і комбінованими пораненнями, бойовим стресом – тобто з патологією, що у повсякденних умовах військові і цивільні лікарі практично не зустрічають. Керівництво медичної служби ЗС України стало перед необхідністю організації взаємодії медичних служб різних силових відомств і цивільних лікувальних закладів.

За результатами дослідження виявлена низка проблемних питань щодо організації медичного забезпечення військ у зоні АТО, а саме:

- 1) Відсутність єдиного органу управління взаємодією сил і засобів медичних сил, залучених у зоні бойових дій військових формувань і мирного населення
- 2) Недосконалість нормативно-правової бази військової медицини та правового врегулювання залучення до системи ЛЕЗ цивільних закладів охорони здоров'я
- 3) Відсутність у медичній служби закритих каналів зв'язку на усіх рівнях.
- 4) Відсутність затвердженої єдності організаційних принципів, етапів медичної евакуації, єдності застосування сил і засобів медичного забезпечення особового складу ЗС України, інших силових міністерств і відомств та цивільного населення (Военно-медичної доктрини, Настанови з медичного забезпечення, Методичних рекомендацій головних медичних спеціалістів МО України тощо).
- 5) Низький рівень матеріально-технічного забезпечення ЕМЕ.
- 6) Зростання у

структурі санітарних втрат (СВ) особового складу множинних, поєднаних, комбінованих СВ, поранень голови, офтальмологічних, щелепно-лицевих, ЛОР-поранень, збільшення проявів бойового стресу. 7) Неукомплектованість підрозділів санітарами і санінструкторами та відсутність планової їх підготовки для комплектування військ (сил). 8) Відсутність наукового супроводу організації медичного забезпечення військ (сил) у зоні АТО тощо.

Слід зазначити, що названі проблемні питання опосередковано вплинули на розміри і структуру санітарних втрат особового складу та організацію медичного забезпечення військ (сил) в цілому. Результати дослідження дозволили сформулювати чітке уявлення про особливості вхідного потоку санітарних втрат, їх структуру, систему лікувально-евакуаційного забезпечення у зоні АТО, обсяги роботи етапів медичної евакуації, розподілення евакуаційних потоків поранених різних категорій та обґрунтувати пропозиції щодо напрямків подальшої оптимізації системи медичного забезпечення військ (сил) у зоні АТО.

Санітарні втрати особового складу

Аналіз санітарних втрат особового складу в зоні АТО за даними ЦВМУ

ЗС України [1] свідчить, що переважну частку втрат мають Збройні Сили України (75% від усіх втрат силових міністерств і відомств), а у їх складі – Сухопутні війська (66%) і Повітряно-десантні війська – ПДВ (32%). Зросла також частка постраждалих цивільних осіб (79% від загальних СВ).

У структурі СВ, за уражаючим компонентом, переважають осколкові поранення (до 62%), а за локалізацією – поранення кінцівок (58,1%), голови (25,7%). Тяжкі поранені, що надійшли до етапів медичної евакуації, становлять 9,5% (останнє вимагає детального дослідження і оцінки).

З метою порівняльного аналізу авторами проведено дослідження вхідного потоку СВ до ВМКЦ ПнР із зони АТО (табл.1). Виявлено значну частку множинних, поєднаних та комбінованих поранень (до 45-52% від

загальних СВ), що відповідає даним літературних джерел [5, 6], в яких стверджується, що у воєнних конфліктах останніх десятиліть в структурі СВ значно збільшується частка множинних і поєднаних

вогнепальних і мінно-вибухових поранень та зростає їх тяжкість.

Серед усіх вогнепальних поранень переважають осколкові – 61,4%. Кульові поранення зустрічаються у 5-10% вхідного потоку ВМКЦ.

Таблиця 1

Загальна характеристика вхідного потоку санітарних втрат ВМКЦ Північного регіону (з 13.04.2014 по 01.10.2014 року)

Локалізація основного поранення (ураження)	Частка серед загальної кількості втрат (%)	Додатково при інших пораненнях, %
Голова (разом), з них:	30,2	8,82
череп і головний мозок	5,3	2,4
щелепно-лицеві	3,6	1,52
ЛОР	2,4	2,6
офтальмологічні	1,5	0,87
ЗЧМТ	17,4	1,43
Шия	1,6	1,5
Хребет	1,7	1,1
Груди	5,9	2,6
Живіт	2,7	0,6
Торако-абдомінальні	0,5	–
Таз	3,0	1,82
Верхні кінцівки	15,2	10,54
Нижні кінцівки	28,2	
Верхні + нижні кінцівки	4,6	
Опіки	2,2	0,65
Поперек, спина	2,1	2,8
Бойовий стрес*	2,1	0,5
Всього	100,0	30,93

Примітка: * випадки бойового стресу, зареєстровані серед поранених у ВМКЦ.

Ураження контузійного характеру та невогнепальні травми становили 35,9% від вхідного потоку, з них травми кінцівок – 32,6% від усіх травм і контузій, ЗЧМТ (струс, забій ГМ) – 40,5% від усіх травм і контузій.

Загальна кількість осіб – учасників АТО, що перебували на лікуванні із розладами психіки з липня по листопад у ВМКЦ ПнР, становила 18,25% від СВ, що надійшли до центру (даний показник може бути більшим, оскільки в матеріалах не враховані випадки бойового стресу в перші два місяці АТО).

Структура СВ за тяжкістю уражень виглядає наступним чином: легкі – 50,3%,

середньої тяжкості – 42,2%, тяжкі і вкрай тяжкі – 7,5% [1]. Дослідженням структури СВ в інших збройних конфліктах (Афганістан 1979-1989, Чечня 1994-1996, 1999-2002) встановлено, що тяжкі і вкрай тяжкі поранені становили більшу частку (20-30% від загальних СВ), тому низький показник тяжких поранених, що надходять на етапи медичної евакуації, може розглядатись як суттєвий недолік організації лікувально-евакуаційного забезпечення поранених і хворих у зоні АТО (несвоєчасне і неповне надання медичної допомоги, некомплект санітарів і санінструкторів, затримки евакуації тощо).

Таблиця 2

Частота поранень окремих частин тіла у різних війнах, %

Частина тіла	ВВВ (1941-1945)	В'єтнам (США)	Війна в Афганістан і (СРСР)	Війна у Чечні (1995р.)	АТО (2014 р.)*
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

Примітка: * наведено узагальнені дані ГВМКЦ «ГВКГ» та ВМКЦ ПівнР.

Порівняльний аналіз структури СВ по локалізації (табл.2) виявляє, що спільною ознакою в усіх війнах являється значна перевага поранень травматологічного профілю, однак в останні роки в значній мірі зростає частка поранень голови (з урахуванням категорії офтальмологічних, щелепно-лицевих, ЛОР-поранень).

Значна кількість поранень множинного, поєднаного, комбінованого характеру, зростання поранень голови (до 37-39% від вхідного потоку) обумовлюють необхідність формування передових етапів медичної евакуації як багатопрофільних закладів (маються на увазі військові мобільні госпіталі, за певних умов – цивільні лікарні, що залучаються до системи ЛЕЗ). Останні повинні підсилюватись шляхом направлення до них багатопрофільних груп спеціалізованої медичної допомоги з оснащенням, сформованих на базі ГВМКЦ, ВМКЦ, УВМА, які можуть утримуватись в складі загону спеціалізованої медичної допомоги (ЗСМД).

Лікувально-евакуаційне забезпечення в зоні АТО

Медичне забезпечення у зоні АТО здійснювалося штатними медичними пунктами батальйонів і медичними ротами бригад. Внаслідок значної розосередженості військових підрозділів на території південного сходу країни виявився дефіцит медичних працівників військової ланки.

Зону АТО забезпечували два основних евакуаційних напрямки: Харківський (ВМКЦ ПівнР) і Дніпропетровський (385-й, 450-й ВГ).

Військові підрозділи діяли розосереджено, на окремих напрямках. Бойові підрозділи формуються невеликими за чисельністю, вони різновідомчі за

підпорядкуванням, без прив'язування до будь-яких штатів (блокпости, мотоманеврені групи, спеціальні тактичні групи тощо).

Основними оперативними одиницями являлись батальйонні і ротні тактичні групи (БТГр, РТГр), а також блокпости.

З метою підсилення військової ланки медичної служби рішенням директора Військово-медичного департаменту МО України на базі ВМКЦ регіонів та стаціонарних військових госпіталів були сформовані мобільні лікарсько-сестринські бригади (МЛСБр), що входили до кожного підрозділу, який направлявся в зону бойових дій, у складі: два хірурги, лікар-анестезіолог та дві медичні сестри. Бригадам надавалися автоперев'язувальні (АП-2) і санітарні медичні машини для евакуації поранених.

Під час перебування у зоні АТО спеціалісти МЛСБр забезпечували надання першої лікарської допомоги з елементами кваліфікованої хірургічної та терапевтичної допомоги пораненим і хворим; медичні огляди поранених і хворих; оперативні втручання – переважно в обов'язі первинної хірургічної обробки рани; більш складні оперативні втручання (лапаротомії тощо) виконувались в ближніх центральних районних лікарнях – ЦРЛ (у т.ч. за участі хірургів МЛСБр). Медичний персонал МЛСБр вилітав на вертольотах або виїжджав на автомобільному транспорті за пораненими в райони бойових дій з подальшою доставкою до військового мобільного госпіталю (ВМГ) або до ЦРЛ. Персонал МЛСБр часто неефективно «розпорошувався» по дрібним підрозділам. Встановлено, що особовим складом МЛСБр

перша медична допомога надавалась у 8,0% випадків; долікарська – 33,9%; перша лікарська – 57,1%; кваліфікована медична допомога – лише у 1,0% випадків [Майданюк В.П., 2015].

Крім того, на лікарів МЛСБр також були покладені завдання забезпечення ліками та медичними засобами підпорядкованих підрозділів у районах виконання завдань; забезпечення військовослужбовців засобами індивідуального захисту (ППП, джгут, бутарфанол тартрат); проведення занять із особовим складом по військово-медичній підготовці у підрозділах.

Дотримання територіального принципу формування системи медичного забезпечення під час АТО ускладнювалося внаслідок відсутності жодного військового лікувального закладу в зоні проведення операції. Поруч із зоною АТО розташовані Військово-медичний клінічний центр Північного регіону у місті Харкові та Дніпропетровський військовий госпіталь, що і визначило формування двох основних евакуаційних напрямків.

В залежності від умов оперативно-тактичної і медико-географічної обстановки, система лікувально-евакуаційного забезпечення у зоні АТО реалізується за декількома варіантами:

- 1) Поле бою – ЦРЛ – ВМКЦ ПівнР; 2) Поле бою – ВМГ – ВМКЦ ПівнР;
- 3) Поле бою – МЛСБр – ВМКЦ ПівнР;

4) Поле бою – МЛСБр – ЦРЛ або ВМГ – ВМКЦ ПівнР та ін.

З метою скорочення термінів надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги поранені військовослужбовці, за домовленістю з Міністром охорони здоров'я України, доставлялися до найближчих цивільних лікарень, де для військових було зарезервовано 30% ліжок. Крім того, у зоні АТО розгорнуті 59-й та 61-й ВМГ, які направляли поранених до ВМКЦ ПівнР, 385го та 450го ВГ.

Аналіз вхідного потоку до ВМКЦ ПівнР показує, що поранені, які поступали до ВМГ, отримували переважно першу лікарську і кваліфіковану медичну допомогу за життєвими показаннями. Для розширення кваліфікованої і надання ранньої спеціалізованої медичної допомоги пропонується ВМГ підсилувати фахівцями (групами СМД) за умов забезпечення належних умов для їх роботи.

У ВМКЦ ПівнР, 385-му ВГ пораненим надавалася спеціалізована медична допомога, проводилося спеціалізоване лікування з метою відновлення життєвих функцій. Далі, згідно з патологією, їх одразу направляли до спеціалізованих цивільних лікувальних центрів. Поранені із числа “тяжких” і “вкрай тяжких” за допомогою реанімаційно-операційного літака Ан-26 «Віта» доставлялися до лікувальних установ Міністерства оборони України у Києві, Вінниці та інших ВМКЦ (Львів, Одеса).

Перша медична допомога	Долікарська допомога	Перша лікарська допомога	Кваліфікована медична допомога	Спеціалізована медична допомога	Медична реабілітація
I рівень медичного забезпечення		II рівень медичного забезпечення	III рівень медичного забезпечення	IV рівень медичного забезпечення	

Рис.1. Запропоновані рівні медичного забезпечення ЗС України.

Через обмеження обсягів публікації автори не ставили за мету проведення детального аналізу названих на початку даної статті проблемних питань, однак наведені матеріали дослідження структури вхідного потоку санітарних втрат і організації системи лікувально-евакуаційного забезпечення дозволяють визначити шляхи оптимізації системи медичного забезпечення поранених і хворих військовослужбовців і цивільного населення у зоні АТО, див. рис.1.

Висновки

1. Ефективність системи медичного забезпечення у зоні АТО залежить від дотримання базових принципів – своєчасності, послідовності, спадкоємності, нарощування медичної допомоги. В першу чергу незмінними повинні залишатись організаційні вимоги до надання ПМД і долікарської допомоги пораненим на місці поранення і у МПБ (відповідно першого рівня медичного забезпечення): забезпечення військовослужбовців аптечками індивідуальними, укомплектування медичних сумок санітарів і санітарних інструкторів, навчання особового складу прийомам надання першої допомоги, своєчасний розшук поранених та вивезення їх з осередків СВ, забезпечення підрозділів броньованим санітарним транспортом, санітарними автомобілями.

2. Призначення і організаційна структура медичної роти механізованої (танкової) бригади вимагає перегляду. Особливості структури санітарних втрат особового складу викликають необхідність створення на базі медичних рот груп медичного підсилення у складі лікарів загальної практики і середнього медичного персоналу. Організаційно вони можуть розгортатись і працювати на базі медичних пунктів батальйонів, що забезпечить своєчасне надання медичної допомоги тяжкопораненим (відповідно другого рівня медичного забезпечення).

3. КМД рекомендується надавати лише при неможливості своєчасної доставки поранених на етап СМД та при затримці

евакуації. Виконуються заходи КМД в обсязі невідкладних (при необхідності – термінових) оперативних втручань та проводяться реанімаційні заходи при станах, що загрожують життю поранених або можуть привести до тяжких ускладнень. Цей вид допомоги може надаватись в медичній роті (при її розгортанні та підсиленні), ВМГ або у визначеній ближній цивільній лікарні – районній, міській (відповідно третього рівня медичного забезпечення).

4. Спеціалізовану медичну допомогу (відповідно четвертого рівня медичного забезпечення) необхідно надавати переважно у стаціонарних лікувальних закладах, які доцільно ешелонувати. Лікувальні заклади 1-го ешелону СМД можуть розгортатись на базі стаціонарного військового госпіталю, ВМГ або цивільної лікарні для забезпечення ранньої СМД в обсязі невідкладних (можливо – і термінових) оперативних втручань і реанімаційних заходів при загрозливих для життя поранених станах. До закладів 2-го ешелону можна віднести обласну лікарню або ВМКЦ регіону. Поранені і хворі із складними пораненнями і захворюваннями, які потребують тривалих термінів лікування і експертизи працездатності, можуть направлятись до закладів 3-го ешелону СМД (Головного ВМКЦ, клінік УВМА, клінік науково-дослідних установ та інших).

5. Зростання в структурі поранень голови, очей, ЛОР-органів, щелепно-лицевої ділянки, множинних і поєднаних поранень вимагає формування передових ЕМЕ як багатопрофільних закладів. Останні можливо розгортати на базі ВМГ та цивільних лікарень, що залучаються до системи ЛЕЗ, шляхом підсилення їх багатопрофільними лікарсько-сестринськими бригадами – групами СМД зі складу ГВМКЦ, ВМКЦ регіонів, УВМА або загону спеціалізованої медичної допомоги (ЗСМД).

Реалізація заходів можлива шляхом запровадження в ЗС України цільової Програми зменшення летальності військовослужбовців усіх відомств у зоні антитерористичної операції [Бадюк М.І., 2015].

Література

1. Досвід організації медичного забезпечення ЗС України та інших військових формувань у ході антитерористичної операції / Матеріали науково-практичної конференції 18.12.2014 р.– Тези доповідей.–Київ:, УВМА, 2014.–108с.
2. Савицький В.Л. Наукове обґрунтування напрямків інтеграції системи медичного забезпечення силових міністерств і відомств з цивільною системою охорони здоров'я держави / В.Л. Савицький, О.М. Власенко, В.І. Стриженко, О.Ю. Булах // Наука і практика-2014.- №2-3.- С.39-45. Бібліографія-С.44
3. 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.
4. Організація медичного забезпечення збройних сил країн НАТО: Навчальний посібник / О.О.Сохін, О.В.Ричка, О.Ю.Булах та ін. За ред.. В.Д.Юрченка, В.В.Вороненка.- К.,2006.-368с.
5. NATO medical handbook / The committee of the chiefs of military medical services in NATO // HQ NATO Brussels, Belgium, January 2001.– 175 p.
6. АЖР 4.10 – Єдина військово-медична доктрина ОЗС НАТО.– 2006 р.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Бадюк М.І.

УДК 614.2:355 (477)

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВИХ ЧАСТИН ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ОПЕРАТИВНО-ТАКТИЧНОГО РІВНЯ В УМОВАХ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

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

Б.Б. Жупан, полковник медичної служби, кандидат медичних наук, доцент, начальник клініки офтальмології Головного військово-медичного клінічного центру “ГВКГ”

В.В. Солярник, кандидат медичних наук, доцент, професор кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

Д.В. Ковида, капітан медичної служби, викладач кафедри організації медичного забезпечення збройних сил Української військово-медичної академії

Резюме. Проведено аналіз існуючої системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил) оперативного-тактичного рівня Збройних Сил України у відповідності до сучасних умов та обґрунтовано основні заходи з її удосконалення.

Ключові слова: система лікувально-евакуаційне забезпечення, оперативного-тактичний рівень, батальйонна тактична група.

Вступ. Аналіз сучасних збройних конфліктів демонструє, що характер ведення бойових дій докорінно змінився від широкомасштабних війн класичного типу до локальних збройних конфліктів, асиметричних війн з елементами тероризму [1-3].

Це пояснюється, перш за все, збільшенням потужності зброї у війнах останнього століття, що супроводжується суттєвими втратами населення

та економічного потенціалу, а поява зброї масового ураження взагалі поставила під сумнів можливість користування трофеями перемоги в наслідок негативних екологічних та інших чинників.

Ріст бойової ефективності сучасних засобів збройної боротьби, особливо високоточних боєприпасів, дає можливість здійснювати нанесення потужних і раптових руйнівних вогневих ударів на велику глибину – сотні