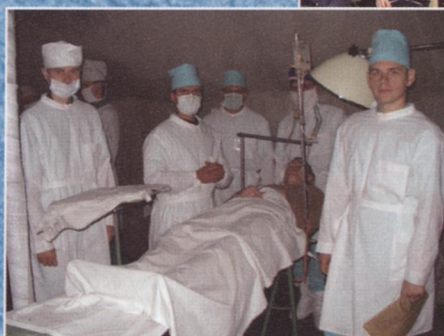




МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК



Київ – 2005

**МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ВІЙСЬК**

Підручник для студентів вищих медичних
(фармацевтичних) навчальних закладів України
III–IV рівнів акредитації

Під редакцією професора ПАСЬКА В.В.

Рекомендовано Центральним методичним
кабінетом з вищої освіти МОЗ України як
підручник для студентів вищих медичних
(фармацевтичних) навчальних закладів
(Протокол №23-01-25/149 від 05.09.2005 р.)

Київ - 2005

Рецензенти:

Завідувач кафедри медицини катастроф і військової медицини Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського доктор медичних наук, професор Гудима А.А.

Завідувач кафедри медицини катастроф і військової медицини Дніпропетровської державної медичної академії доктор медичних наук, професор Литвин Ю.П.

Авторський колектив:

М.І. Бадюк, Ф.М. Левченко, В.П. Токарчук, В.В.Солярик, В.М. Гулько, А.І. Романенко, О.І. Заяц, Ф.Я. Ступак, А.С. Котуза, С.Р. Палій, М.А. Долінський, В.С. Гульпа, В.В. Нарожнов.

064 Організація медичного забезпечення військ: Підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти України III-IV рівнів акредитації / За редакцією професора Паська В.В. - К.: "МП Леся", 2005.-430 с: іл. - Бібліогр.: С. 425.

ISBN 966-8126-63-7

У підручнику висвітлюються основні питання організації медичного забезпечення Збройних Сил України з врахуванням сучасних досягнень військової та військово-медичної науки. Окремі глави присвячені організації лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у військах. Більш детально розглянуті питання організації розшуку, надання першої медичної допомоги та евакуації поранених і хворих з поля бою; організації роботи медичної роти механізованої (танкової) бригади. Вперше подано основи організації медичного забезпечення українського миротворчого контингенту.

Підручник відповідає Навчальній програмі, що затверджена Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством освіти та науки України та Міністерством оборони України і призначений для студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України III-IV рівнів акредитації.

ЗМІСТ

<i>Передмова</i>	8
Глава 1. Виникнення, становлення та розвиток військової медицини.	9
1.1. Виникнення і розвиток військової медицини.....	9
1.2. Виникнення і розвиток військової медицини в Російській імперії та Радянському Союзі.....	12
1.3. Становлення та розвиток військової медицини в Україні.....	35
Глава 2. Завдання, організація та актуальні питання медичної служби ЗС України у воєнний час	46
2.1. Загальні поняття про військову медицину.....	46
2.2. Організація медичного забезпечення військ як наукова дисципліна, її формування, розвиток, зміст. Методи дослідження. Розвиток організаційних форм медичного забезпечення військ.....	47
2.3. Основні завдання медичної служби ЗС України у воєнний час, їх зміст і значення. Умови діяльності медичної служби та їх вплив на організацію медичного забезпечення військ.....	54
2.4. Організаційна структура медичної служби ЗС України. Поняття про підрозділи, частини і заклади медичної служби. Категорії особового складу медичної служби.....	66
2.5. Роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час.....	71
Глава 3. Сучасні види зброї та їх вплив на величину і структуру санітарних втрат	76
3.1. Поняття про загальні втрати особового складу військ. Визначення і класифікація санітарних втрат, їх характеристика.....	76
3.2. Величина санітарних втрат, фактори, які впливають на їх розміри. Сучасна структура санітарних втрат, її залежність від зброї, яку використовує противник.....	81
3.3. Коротка характеристика сучасної зброї.....	87
3.4. Вплив величини і структури санітарних втрат на організацію медичного забезпечення військ.....	105
Глава 4. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення військ.	112
4.1. Поняття і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення військ. Головні етапи розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення.....	112
4.2. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи.....	118
4.3. Поняття про етап медичної евакуації, завдання, які він виконує, вимоги та принципова схема його розгортання.....	123

4.4. Види та обсяг медичної допомоги.....	128
4.5. Медичне сортування. Визначення поняття, коротка характеристика, його завдання. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих.....	137
4.6. Медична евакуація, поняття, мета та порядок її проведення. Санітарно-транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих.....	140
4.7. Особливості організації і проведення лікувально-евакуаційного забезпечення при ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження. Коротка характеристика сил та засобів медичної служби для проведення лікувально-евакуаційних заходів у військах.....	145
Глава 5. Основи організації санітарно-епідемічного забезпечення військ.....	149
5.1. Поняття, значення та місце санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, які проводяться у військах на военний час.....	149
5.2. Санітарно-гігієнічні заходи у військах.....	150
5.2.1. Медичний контроль за станом здоров'я особового складу військ, розробка та проведення заходів, спрямованих на підвищення специфічної резистентності особового складу до інфекційних захворювань.....	151
5.2.2. Санітарний нагляд за розміщенням військ, харчуванням, водопостачанням, лазнево-пральним обслуговуванням військ, умовами військової праці та за похованням померлих і загиблих.....	152
5.2.2.1. Санітарний нагляд за розміщенням військ.....	152
5.2.2.2. Санітарний нагляд за харчуванням військовослужбовців.....	153
5.2.2.3. Санітарний нагляд за водопостачанням.....	154
5.2.2.4. Санітарний нагляд за лазнево-пральним обслуговуванням особового складу.....	155
5.2.2.5. Санітарний нагляд за умовами військової праці.....	155
5.2.2.6. Санітарний нагляд за похованням померлих та загиблих військовослужбовців.....	156
5.2.3. Участь у розвідці джерел водопостачання, експертиза води та продовольства.....	157
5.2.4. Пропаганда гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового складу військ.....	158
5.3. Характеристика санітарно-гігієнічного стану військової частини та району її розміщення.....	158
5.4. Зміст протиепідемічних заходів у військах.....	159
5.5. Характеристика санітарно-епідемічного стану військової частини, району її дій і розміщення.....	161

5.6. Організація обсервації і карантину у військовій частині.....	164
5.7. Коротка характеристика сил і засобів медичної служби, які використовуються для проведення санітарно- гігієнічних і протиепідемічних заходів у військах.....	166
5.8. Медична розвідка.....	169
5.8.1. Визначення поняття, завдання і види медичної розвідки.....	169
5.8.2. Види медичної розвідки.....	173
5.8.3. Вимоги до медичної розвідки.....	175
5.8.4. Організація медичної розвідки.....	177
5.8.5. Організація та зміст медичної розвідки у підрозділах та частинах медичної служби Збройних Сил України.....	179
Глава 6. Основи організації забезпечення медичним майном і технікою..	182
6.1. Зміст, завдання і принципи медичного постачання Збройних Сил України. Постачальні органи, заклади та підрозділи медичного постачання.....	182
6.2. Медичне майно, його класифікація та характеристика за призначенням. Поняття комплекту медичного майна.....	185
6.3. Медико-тактична характеристика комплектів для надання першої медичної допомоги, долікарської (фельдшерської), першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги.....	191
6.4. Заходи по забезпеченню медичним майном військових частин при формуванні та в різні періоди бойових дій.....	219
Глава 7. Основи управління медичною службою.....	226
7.1. Визначення поняття та основні принципи управління медичною службою, його зміст. Вимоги, які пред'являються до управління медичною службою. Підпорядкованість начальників медичної служби...	226
7.2. Методи і послідовність роботи начальника медичної служби бригади з прийняття рішення на організацію медичного забезпечення. План медичного забезпечення бригади в бою, порядок його оформлення. Постановка завдань підлеглим і проведення контролю їх виконання.....	236
7.3. Управління медичною службою в ході бойових дій. Форми маневру силами та засобами медичної служби. Порядок підтримання зв'язку з підлеглими, штабом і старшими медичними начальниками.....	262
Глава 8. Медична служба механізованої (танкової) бригади.....	266
8.1. Завдання та організація медичної служби механізованої (танкової) бригади.....	266
8.2. Обов'язки та оснащення стрільця-санітара взводу та санітарного інструктора роти.....	268

8.3. Завдання, особовий склад та оснащення медичного пункту батальйону. Обов'язки фельдшера батальйону - начальника медичного пункту батальйону.....	270
8.4. Організація роботи медичного пункту батальйону в оборонному та наступальному бою.....	272
8.5. Завдання, організаційно-штатна структура і оснащення медичної роти бригади. Вид і обсяг медичної допомоги. Організація розгортання медичної роти в бою. Призначення, особовий склад та оснащення її функціональних підрозділів. Організація роботи медичної роти з прийому, медичного сортування, надання першої медичної допомоги пораненим і хворим та підготовки їх до подальшої медичної евакуації.....	276
Глава 9. Організація медичного забезпечення механізованої (танкової) бригади в обороні.....	300
9.1. Умови діяльності медичної служби в обороні. Можлива величина та структура санітарних втрат бригади в обороні.....	300
9.2. Заходи медичної служби бригади в період підготовки до оборони, при веденні оборони, при веденні бою в оточенні, виході з оточення.....	301
9.3. Управління медичною службою бригади в обороні.....	307
Глава 10. Організація медичного забезпечення механізованої (танкової) бригади в наступі.....	309
10.1. Умови діяльності медичної служби бригади в наступі.....	309
10.2. Заходи медичної служби в період підготовки до наступу.....	309
10.3. Організація медичного забезпечення бригади в наступі при висуванні із глибини.....	310
10.4. Особливості організації медичного забезпечення бригади в наступі з положення безпосереднього зіткнення з противником.....	312
10.5. Організація медичного забезпечення бригади в ході наступу, при переслідуванні противника.....	313
10.6. Управління медичною службою бригади в наступі.....	314
Глава 11. Організація медичного забезпечення маршу, зустрічного бою та перевезення військ.....	316
11.1. Умови діяльності медичної служби полку на марші.....	318
11.2. Медична розвідка маршрутів, районів привалів та відпочинку. Організація та проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів на маршрутах висування, в районах привалів та відпочинку.....	318
11.3. Організація лікувально-евакуаційних заходів при підготовці до маршу та на марші.....	320

11.4. Організація медичного забезпечення бригади в зустрічному бою.....	323
11.5. Організація медичного забезпечення при перевезеннях військ залізницею.....	324
Глава 12. Медична служба оперативних об'єднань.....	332
12.1. Завдання і організація медичної служби армійського корпусу.....	332
12.2. Завдання, організаційна структура та призначення частин і закладів медичної бригади армійського корпусу.....	334
12.3. Завдання, організаційна структура, принципова схема розгортання функціональних підрозділів військово-польового пересувного госпіталю в бойових умовах.....	343
12.4. Особливості роботи військового польового пересувного госпіталю при масовому надходженні уражених отруйними речовинами та бактеріальними засобами.....	368
12.5. Порядок використання військового польового пересувного госпіталю при веденні бойових дій.....	372
12.6. Завдання і організаційна структура медичної служби оперативного командування.....	374
12.7. Поняття про госпітальну базу, її завдання та склад. Коротка характеристика пересувної та територіальної госпітальних баз.....	376
12.8. Коротка характеристика частин і закладів медичної служби спеціального призначення.....	387
Глава 13. Основи організації медичного забезпечення українського миротворчого контингенту.....	389
13.1. Загальні вимоги до медичного забезпечення частин та підрозділів, залучених до проведення міжнародних миротворчих операцій.....	390
13.2. Особливості здійснення медичного забезпечення частин та підрозділів українського миротворчого контингенту.....	404
<i>Ситуаційні завдання.....</i>	<i>412</i>
<i>Варіанти вирішення ситуаційних завдань.....</i>	<i>418</i>
<i>Список літератури.....</i>	<i>425</i>
<i>Умовні позначки медичної служби.....</i>	<i>426</i>
<i>Перелік скорочень.....</i>	<i>427</i>

ПЕРЕДМОВА

Важливою складовою Збройних Сил України є військово-медична служба. Здійснюючи безперервне піклування про збереження та зміцнення здоров'я особового складу військ, участь у підтриманні постійної боєздатності особового складу, медична служба здійснює вагомий внесок в забезпечення бойової потужності та високої боєздатності Збройних Сил України. Як би не здійснювався розвиток засобів ведення збройної боротьби, роль людей (військовослужбовців) завжди залишиться вирішальною. Різно зросла вона в наш час, коли від підготованості (тренуваності), майстерності, фізичних та морально-психологічних якостей, від загального стану кожного воїна залежить функціонування складної військової техніки, ефективне використання озброєння, виконання поставлених завдань. Медична служба забезпечує найбільш повну реалізацію фізичних та психологічних можливостей особового складу військових частин, сприяючи тим самим успішній діяльності Збройних Сил України.

Все це, а також створення нової системи військової інфраструктури впливає на удосконалення Збройних Сил України загалом та їх медичної служби зокрема. Головною метою створення медичної служби нового зразка є поєднання оптимальних сил та засобів медичної служби для ефективного виконання поставлених перед нею завдань, а також її відповідність соціальним, економічним та демографічним можливостям держави.

У сучасних умовах успішне вирішення завдань, покладених на медичну службу, вимагає високого рівня професійної підготовки всього медичного складу і перш за все військових лікарів. Кожний військовий лікар повинен добре розуміти особливості ведення бойових дій, глибоко знати особливості виникнення та перебігу бойової патології, твердо знати та вміло реалізовувати головні принципи організації та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в умовах воєнних конфліктів різної інтенсивності, володіти достатніми організаційними навичками. Переліченими якостями повинен володіти не тільки кадровий склад медичної служби, а також і ті лікарі — офіцери медичної служби запасу, які прийдуть у Збройні Сили України, якщо інтереси Батьківщини будуть вимагати від них виконати свій суспільний та громадський обов'язок.

Цілком очевидно, що тільки робота в умовах військової частини або військово-медичного закладу дасть офіцеру медичної служби запасу необхідний досвід, практичні навички та дозволить йому повністю оволодіти обсягом знань в межах своєї військової спеціальності. Однак вже зараз, в мирний час, необхідно наполегливо вивчати основи військово-медичної науки та її важливі складові: організацію медичного забезпечення військ, військово-польову хірургію, військово-польову терапію, військову епідеміологію, військову гігієну та ін. Цілеспрямоване вивчення військової медицини дозволить в більш короткі терміни набути навички та досвід, які необхідні для виконання складних та відповідальних обов'язків військового лікаря.

Сприяти у вирішенні цього завдання і покликаний даний підручник. Автори намагались викласти в ньому головні відомості по одному з найбільш важливих розділів військової медицини - організації медичного забезпечення бойових дій військ з урахуванням сучасного стану військово-медичної науки та військового мистецтва.

**ВИНИКНЕННЯ, СТАНОВЛЕННЯ
ТА РОЗВИТОК ВІЙСЬКОВОЇ МЕДИЦИНИ**

Однією з важливих складових військової медицини є історія військової медицини. Опираючись на загальні закони історичної науки та ґрунтуючись на закономірностях історичного розвитку медицини і військової справи, історія військової медицини вивчає шляхи і рушійні сили розвитку військової медицини на всіх етапах: від початку її виникнення як самостійної галузі медицини та історії війн - до сучасного стану. Отже, за своєю сутністю історію військової медицини можна розглядати як окремий особливий розділ медицини і військової історії.

Як би давно не відбувалися ті чи інші події, їх корисно знати. Без глибокого розуміння минулого важко досягнути стан військової медицини сьогодні, а ще важче побачити її завтрашній день.

Вивчаючи події минулого, історія військової медицини сприяє розкриттю та глибшому розумінню закономірностей розвитку системи медичного забезпечення військ. Концентруючи в собі багатий досвід, вона вчить не повторювати помилок минулого, дає можливість обирати найефективніші форми і способи медичного забезпечення військ, допомагає відшукувати шляхи успішного подолання труднощів у складних умовах ведення війни.

Історія військової медицини як окрема військово-медична наука і як предмет викладання в системі військово-медичної освіти не в змозі охопити величезний масив подій і фактів минулого. Предмет її наукових досліджень і викладання складають переважно загальні питання історичного розвитку військової медицини і зокрема питання організації медичного забезпечення військ, які дозволяють виявити характерні закономірності та основні проблеми цього розвитку, що з особливою чіткістю виявляється в періоди війн.

Питання історії окремих галузей військової медицини складають предмет наукових пошуків і викладання відповідних дисциплін військово-медичного профілю.

1.1. Виникнення і розвиток військової медицини

Виникнення військової медицини відноситься до періоду створення постійних армій, які були надійним інструментом централізованих держав у їх боротьбі із зовнішніми ворогами, а також слугували утриманню в покорі завойованих народів.

Початкові елементи військової медицини виявляються в глибокій давнині. Так, в арміях Стародавніх Єгипту, Індії, Греції та Риму вже існувала організація надання медичної допомоги пораненим і хворим воїнам. У Стародавній Індії, наприклад, привілейовані касти воїнів обслуговувалися військовими медиками, які спеціально утримувались у військах і, за свідченням історичних джерел, були досить майстерними у своєму ремеслі. Саме в

індійській армії вже було організовано винесення поранених з поля бою. З цією метою недалеко від поля битви розгорталися спеціальні шатра - прототипи майбутніх перев'язочних пунктів, в яких і надавалась необхідна медична допомога.

Історики свідчать, що в армії Олександра Македонського (IV ст. до н.е.) існувала досить розвинена військово-медична організація, що спрямовувала свої зусилля не тільки на лікування хворих і поранених воїнів, а й займалась запобіганням виникнення та поширення хвороб у військах.

Високого розвитку досягла військова медицина в Римській імперії. Проте, яке важливе місце посідала організація надання медичної допомоги римським воїнам, яке значення надавалося їй в державі, переконливо свідчить той факт, що військові лікарі в Давньому Римі належали до почесного стану римських вершників. У війську Римської імперії під час III Пунічної війни (149-146 рр. до н.е.) існувала передова на той час військово-медична організація - військові лікарі "медікуси" (зцілювачі) були в кожній когорті і легіоні, в гарнізонах і на флоті. В армії у складі воєнного "каструму" (табору) були засновані спеціальні лікувальні заклади "валетудинарії" (певні місця для хворих). Поранених у битвах воїнів виносили в тил бойових порядків, там їм надавали медичну допомогу лікарі когорт, а звідти поранених переносили у валетудинарії. До заслуг військових лікарів періоду розквіту Римської імперії необхідно віднести і їх винахід - створення індивідуального перев'язувального пакету, який, зазнавши багатьох модифікацій, використовується й нині. Цікавим є й те, що саме в римській армії були запроваджені основи само- та взаємодопомоги: при легких пораненнях легіонери повинні були перев'язувати себе самі або повинні були надавати допомогу товаришеві. Для цього воїни забезпечувались індивідуальними перев'язувальними пакетами. Велике значення в римській армії надавалося заходам профілактики: раціональному облаштуванню таборів, забезпеченню доброякісною водою, фізичним вправам тощо.

Після розпаду Римської імперії - в епоху середньовіччя - розвиток військової медицини знаходився на досить низькому рівні. Так, лікарі, які супроводжували у походах хрестоносців, були некомпетентними в галузі тропічних захворювань і не мали досвіду їх лікування, тому склали додаткові спеціальні іспити, перш ніж займатися медичною практикою в Єрусалимі.

Чума в Європі та Столітня війна між Францією й Англією у XIV ст. призвели до ще більшої стагнації в галузі медицини: замість істинно наукових медичних знань процвітали алхімія та чорна магія.

Становище змінилося на рубежі виникнення буржуазних відносин і створення основних держав у Європі. Централізованій державі потрібна була сильна постійна армія, яка могла бути надійним інструментом внутрішньої і зовнішньої політики. Нею стала професійна наймана армія. Однак утримання такої армії коштувало дорого, поповнення її новими найманцями, в тому числі й лікарями, було складним. Керівники держав стали ство-

рювати військово-медичну організацію, покликану забезпечувати армію медичною допомогою як в мирний, так і у воєнний час.

У XV-XVI ст. у Франції, Іспанії та в арміях інших держав були полкові хірурги, рухомі та стаціонарні госпіталі. Саме в цей час уперше були видані спеціальні документи щодо порядку надання медичної допомоги пораненим (наприклад, Регламент 1591 р., Франція). Все це сприяло розвитку наукових поглядів у галузі військової медицини. На цей час з'являються дослідження, що стосувалися вивчення характеру поранень та способів їх лікування, починає видаватися наукова література з питань військової охорони здоров'я тощо.

Новий час приніс із собою заміну в основних європейських країнах найманих армій регулярними, що комплектувалися на основі загального військового обов'язку. Регулярний характер набула й військово-медична організація цих армій - медична служба. В арміях створювалися штатні медичні підрозділи та заклади: перев'язочні пункти, лазарети, госпіталі; розвивався військово-санітарний транспорт; поліпшилося правове становище військових лікарів. До питань надання медичної допомоги пораненим все частіше стала залучатися громадськість, створювалися різні благодійні товариства, розвивалася військово-медична наука.

З початком використання пороху в бойових діях необхідність у компетентних військових лікарях для лікування поранених стає ще більш гострою. Однак тільки у 1645 р. були забезпечені необхідні умови для служби лікарів у "англійській парламентській армії нового взірця". На той час військові лікарі прикріплювались до армії на необмежений час і отримували за свою службу відповідну грошову винагороду. Цікаво відзначити, що офіцери медичної служби у новій британській армії повинні були здійснювати й нагляд за виконанням таких покарань, як "порка", і особисто випалювати дезертирам тавра ца грудях. Оскільки суспільна думка в Англії була проти подібної жорстокості, такі форми покарань у кінці XIX ст. були скасовані і контроль за їх виконанням перестав бути частиною офіційних обов'язків військових лікарів.

Потужним стимулом прискореного розвитку військової медицини стали війни останнього періоду Нового часу, що набували все більш кровопролитного характеру. Участь у них масових армій, застосування ефективних засобів ураження живої сили і техніки: автоматичної вогнепальної зброї, артилерії, згодом танків, літаків, отруйних речовин - призвело до виникнення величезних втрат поранених. Постає проблема поповнення діючої армії особовим складом. Раніше з нею не зустрічалися воюючі держави, тепер вона набувала все більшої гостроти.

Значно зріс авторитет військового лікаря у XIX ст. Ось як цінував головного хірурга своєї армії Наполеон. Звертаючись до Ж.Д. Ларрея, французький імператор одного разу сказав: "Мій генерале, Вашу шпагу, хоча вона і не блищить, оголена на полі бою, я вважаю ціннішою, аніж шпаги інших

моїх генералів, тому що їх блискучі шпаги мають одного противника - військо ворога, Ваша ж боротьба з силами природи та патогенними мікробами - багатогранна. Щоб досягти перемоги, мої генерали потребують здорових та міцних воїнів. Всі вони захищені Вашою шпагою..."

Однак, як свідчать історико-медичні дослідження, аж до Кримської війни 1853-1856 рр., військових лікарів в арміях була мала кількість. У війнах же кінця XIX та впродовж XX ст. військові лікарі беруть у них активну участь, повертаючи до лав велику кількість поранених та хворих воїнів.

Історія становлення та розвитку військової медицини дає можливість обґрунтовано стверджувати, що тільки централізована медична служба здатна здійснювати адекватне медичне забезпечення військ, а професійний статус військового лікаря відтворює ефективність цієї служби.

1.2. Виникнення і розвиток військової медицини в Російській імперії та Радянському Союзі

Військова медицина Російської імперії XVII — початку XX ст. З появою на початку XVII ст. стрілецького війська бере свій початок і організація медичної допомоги пораненим та хворим російської армії.

Перша згадка про полкового лікаря з'явилася у списку розрядного наказу в 1615 р. Окремі елементи організації медичної допомоги в російській армії відображені в "Уставе ратних, пушечних и других дел, касающихся до воинской науки", складеному в 1601 р. та доповненому в 1621 р.

Оскільки лікарів було мало, поранені та покалічені воїни у той час знаходили притулок у монастирських лікарнях. "На лечбу" поранених виділялися кошти. Так, у 1633 р. під Псковом видавалися "рублі по 2 и по 3 и по 4 человеку...". Солдати на ці гроші могли лікуватися у лікарів при війську або на стороні. Участь лікарів у військових походах в кінці першої половини XVII ст. стає правилом. У міжбойовий період лікарів у полках не було. В "Уставе воинском или учений о хитрости ратного строения пехотных людей" (1647 р.) містяться вказівки щодо охорони здоров'я військовослужбовців, говориться про необхідність мати лікаря у кожній роті.

У другій половині XVIII ст. потреба в лікарях у зв'язку з війнами та епідеміями, які супроводжували війни, зростає. У 1654 р. приймається рішення "Взять в Аптекарский приказ для учения лекарственного дела из стрельцов и иных всяких чинов 30 человек...". Всі набрані учні відразу направлялися для практичного навчання лікарській справі у діючу армію.

Під час війни з Польщею (1654-1667 рр.) у Смоленську був заснований перший в Росії тимчасовий військовий госпіталь. А під час війни з Туреччиною (1676-1681 рр.) у Москві створюється кілька тимчасових військових госпіталів, де хворі розміщувалися окремо від поранених.

На кінець XVII ст. склалася система надання медичної допомоги в російській армії. Полки забезпечувалися медичним персоналом та медичним майном, допомога пораненим на полі бою надавалася ротними та полкови-

ми лікарями, а також групою медичних чинів, які розташовувалися поблизу "розрядного шатра" (командного пункту). Після бою поранених збирали і доставляли в район військових обозів (тилу). По закінченні генерального бою поранених в обозах доставляли до місця постійного розквартирування їх полків.

Наприкінці XVII ст. Петро I здійснив реорганізацію військової справи. Створення російської регулярної армії супроводжувалося перебудовою і вдосконаленням її медичної організації.

В "Уставе воинском о должности генерал-фельдмаршалов и всего генералитета и прочих чинов, которые при войске надлежат быть, и оных воинских делах и поведеньях, что каждому чинити должно" (1716 р.) були спеціальні розділи, які передбачали функціональні обов'язки для військових медиків - від ротних фельдшерів до штаб-лікаря. В цьому ж документі визначалася чітка структура медичної служби: доктор, штаб-лікар та аптекар з польовою аптекою при головному командуючому і в кожній дивізії; лікар у полку; цирульник — у роті. У 1722 р. Петро I особисто розробив настанову щодо охорони здоров'я військовослужбовців під час походів. У цьому документі вказуються заходи для збереження здоров'я воїнів у жаркому кліматі, запобігання сонячних ударів та низка інших рекомендацій. Відповідальність за дотримання всіх вказаних заходів покладалася на офіцерів-командирів, які у випадку їх невиконання позбавлялися чинів та піддавались покаранням.

В Азовських походах, у боях Північної війни Петро I не тільки спостерігав за своєчасним наданням медичної допомоги на полі бою, а й сам нерідко надавав першу медичну допомогу пораненим. В Ермітажі (Санкт-Петербург) до наших днів зберігається похідна аптека російського імператора.

24 грудня 1735 р. був виданий перший госпітальний статут - "Генеральний о госпиталях регламент". У даному документі вперше були чітко визначені завдання для С.-Петербурзького сухопутного госпіталю, а також вказувалося, "...чтобы госпитали не едино к пользованию больных служили, но ...дабы через доброе наставление искусного медика и лекаря с молодых людей производить, которые б ...империи при армии на море и сухом пути полезнье службы чинили...". Цим же документом були визначені посадові особи госпітальних шкіл. Ними були: головний доктор; головний аптекар; оператор, який вперше вводився до складу госпіталю; рисувальний майстер та студіоз - для навчання латинській мові.

На основі рекомендацій названого вище "Регламенту" формувалися постійні та польові госпіталі, лазарети; регламентувалися всі сторони діяльності лікувальних закладів: їх штати, розміщення, прийом та виписка хворих, обов'язки всього персоналу.

Саме на основі даного "Регламенту", окрім інших, указом Сенату Російської імперії (підготовленого Медичною канцелярією) від 10 червня 1755 р.

у Києві був заснований військовий госпіталь. З невеликого госпіталю на 50 ліжок він швидко перетворюється у великий військовий госпіталь. Так, у 1792 р. він переводиться з II у III клас (800 ліжок), у 1815 р. - у IV клас (1200 ліжок), а в 1837 р. - у вищий клас (понад 1200 ліжок). З 1992 р. - це Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства оборони України.

Подальше удосконалення системи медичного забезпечення в російській армії в другій половині XVIII ст. пов'язано з діяльністю доктора медицини Павла Кондоїді (1710-1760 рр.), який у 1742-1760 рр. фактично очолював медичну службу Російської держави.

Беручи участь у підготовці до війни з Пруссією (1735-1739 рр.), П.З. Кондоїді використав досвід набутий ним під час попередніх війн. Він отримував відомості про майбутню кампанію і на основі цього складав план медичного забезпечення діючої армії. У Семирічній війні дали про себе знати результати зусиль П.З. Кондоїді щодо розширення підготовки лікарів для російської армії. Порівняно з попередніми війнами становище з медичним складом стало значно кращим.

До кінця XVIII ст. медичне забезпечення російської армії базувалося переважно на системі лікування поранених та хворих "на місці", тобто поблизу бойових дій. Під час Семирічної війни 1756-1763 рр. з'явилися перші спроби організувати підвезення матеріальних засобів у діючу армію. Саме це стало передумовою для розвитку в подальшому евакуаційної системи медичного забезпечення.

Виключно велика роль у розвитку військової медицини належить М.І. Пирогову (1810—1881 рр.) - видатному вченому, основоположнику воєнопольової хірургії та організації медичного забезпечення військ.

Професор С.-Петербурзької медико-хірургічної академії М.І. Пирогов брав участь в Кримській (1853-1856 рр.), франко-пруській (1870-1871 рр.) та російсько-турецькій (1877-1878 рр.) війнах. Зазначені війни другої половини XIX ст. відзначалися напруженим характером бойових дій та значними втратами в живій силі. Накопичені М.І. Пироговим спостереження, величезний досвід практичної роботи на театрах воєнних дій стали основою для розробки відомих військово-медичних праць. Найбільш значними серед них є наступні: "Начала общей военно-полевой хирургии, взятые из наблюдений военно-госпитальной практики и воспоминаний о Крымской и Кавказской экспедициях", "Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии в 1877-1878 гг.", "Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 г."

У цих працях М.І. Пирогов виклав розроблені ним погляди на організацію військово-медичної справи як систему діяльності медичної служби у воєнний час, сформулював принципи лікувально-евакуаційного забезпечення бойових дій військ і найважливіших його сторін - організації медичної допомоги, евакуації поранених і хворих, їх "розсіювання" за межі зони воєнних дій та ін. Чимало положень, висунутих М.І. Пироговим, не втратили

свого значення і в сучасних умовах. Так, створене ним вчення про медичне сортування складає основу сучасних поглядів на організацію медичного забезпечення військ.

Окрім розробки теоретичних основ військової медицини, М.І. Пирогов зробив важливий внесок у практику воєнно-польової хірургії. Вперше у польових умовах він застосував ефірний наркоз, став ініціатором широкого використання гіпсової пов'язки при пораненнях і переломах кінцівок.

Важливим етапом у розвитку військової медицини стали російсько-японська війна 1904-1905 рр. і особливо Перша світова війна 1914-1918 рр.

У XIX ст. вважалося, що у воєнний час до лав збройних сил може бути призвано не більше 10% від усього населення держави. Під час Першої світової війни, як відомо, число мобілізованих в армії більшості держав, що брали в ній участь, наближалось до 20% від чисельності населення. Величезні санітарні втрати вимагали нових поповнень, яких не могли дати ослаблені, виснажені війною країни. Саме в цих умовах набула нового значення, існуюча і в попередні часи, одна з основних функцій військової медицини — повернення в стрій поранених і хворих воїнів після їх одужання.

У війнах початку XX ст. склалися найважливіші елементи армійських і фронтових операцій, значного розвитку набули стратегія, оперативне мистецтво. Суттєво змінилися у зв'язку з цим і організації медичної служби, форми і методи використання її сил і засобів.

У російсько-японській війні зокрема значно ширше, ніж в попередніх війнах, стала застосовуватися само- і взаємодопомога: на забезпечення кожного військовослужбовця був введений індивідуальний "асептичний" (перев'язувальний) пакет. Передбачалося виділення категорії легкопоранених (легкохворих) для лікування їх на головних перев'язочних пунктах. Для евакуації поранених і хворих в тил використовувалися військово-санітарні потяги. Здійснювалися заходи із затримки легкопоранених та інфекційних хворих у діючій армії. Щоб не допустити їх евакуації в глиб території країни, при тиллових евакуаційних комісіях створювалися збірні пункти — прототипи майбутніх сортувальних госпіталів.

Під час Першої світової війни гостро проявився основний недолік в організації медичного забезпечення діючої армії — розрив між процесом лікування поранених і хворих та їх евакуацією.

Негативне значення мали багатовідомчість у керівництві організацією медичного забезпечення армії, залучення до вирішення питань надання медичної допомоги, лікування, евакуації поранених і хворих, укомплектування і постачання медичних закладів великої кількості різних державних і громадських відомств та організацій.

Основні етапи становлення і розвитку військової медицини в Російській імперії (XVIII — початок XX ст.). Протягом всієї історії розвитку медичної служби система керівництва її силами і засобами багато разів змінювалася.

Аналіз історичних матеріалів показує, що система управління медичним забезпеченням визначається низкою факторів, зокрема:

- > рівнем розвитку збройних сил країни;
- > рівнем розвитку військової медицини та існуючими в даний історичний період поглядами на лікування поранених і хворих (військово-медична доктрина);
- > ступенем складності військово-медичної організації;
- > положенням медичної служби в системі ЗС;
- > якістю підготовки військово-медичних кадрів і, передусім, ступенем їх підготовки з організаційних питань медичного забезпечення військ.

Зі створенням постійних армій і державної медичної організації керівництво силами і засобами медичної служби стало централізованим і здійснювалося старшим медичним начальником при безпосередньому підпорядкуванню останньому всіх лікарів, які були у війську.

Головним завданням старшого медичного начальника в цей період було керівництво лікувальною діяльністю підпорядкованих йому сил і засобів, бо інші функції медичної служби (наприклад, евакуаційна) не були ще розвинуті. Так, у військовому Статуті, виданому в 1716р., вказується, що польовому лікареві (посада польового лікаря відповідає приблизно посаді начальника медичної служби сучасного армійського корпусу) підпорядковані всі лікарі військ. Вони були зобов'язані з ним консультуватися з приводу лікування поранених і хворих у складних випадках, виконувати всі його вказівки.

З появою великих за чисельністю штатних сил і засобів медичної служби та з ускладненням всієї справи медичного забезпечення військ, збільшується і значення організаційної сторони цього забезпечення. Це призвело до ускладнення системи керівництва силами і засобами медичної служби, показниками чого, на думку відомих дослідників даної проблеми А.С. Георгієвського та Л.С. Євланова, слід вважати: створення осередків (органів) управління при начальниках медичної служби таких об'єднань, як армія (друга половина XVIII ст.); запровадження системи подвійного підпорядкування, коли лікар, начальник медичної служби, став, підпорядковуватися не тільки старшому медичному начальникові, а й безпосередньо командирі; введення ступеневого підпорядкування, при якому полкові та дивізійні лікарі вийшли з безпосереднього підпорядкування армійського (польового) лікаря і стали підпорядковуватися відповідному старшому начальникові медичної служби (старші лікарі полків - дивізійному лікареві, дивізійні лікарі — корпусному і т. д.); виведення військової медицини зі складу департаменту внутрішніх справ і включення її в департамент військово-сухопутних сил.

У 1812 р. була запроваджена посада генерал-штаб-лікаря по медичній частині, "...которому подчиняются, в числе прочих, местные и вольнопрактикующие медики, и в отношениях практической, судебной и полицейской

медицини в Імперії". Цим же наказом цивільна медицина вперше була відділена від військової, яка отримала для свого керівництва окремого генерал-штаб-лікаря.

У першій половині XIX ст. нашим співвітчизником військовим лікарем Я.О. Чаруківським на основі отриманого ним досвіду під час російсько-турецької війни 1828-1829 рр. були вперше сформульовані ідеї щодо розподілу (сортування) поранених і хворих на війні та доцільність створення передових перев'язочних пунктів. Зазначені ідеї Я.О. Чаруківського, які він у 1836-1837 рр. опублікував у капітальній праці "Военно-походная медицина", можна вважати першими спробами наукового обґрунтування управління медичним забезпеченням під час війни, "основами організації медичного забезпечення російської діючої армії".

Разом з тим саме в цей період з'являється тенденція до усунення лікарів від керівництва окремими сторонами медичного забезпечення військ. У Росії ця тенденція виявилася у відриві лікувальної роботи від евакуації поранених і хворих та в усуненні лікарів від адміністративної діяльності. Зокрема начальниками госпіталів призначалися стройові офіцери, а лікарі виконували функції головного лікаря госпіталю і займалися тільки лікувальною роботою. За евакуацію поранених і хворих відповідали стройові офіцери. Подібна організація управління силами і засобами медичної служби призвела до порушення єдності і спадкоємності в лікуванні та евакуації поранених і хворих, що негативно впливало на результати їх лікування.

Саме ці та низка інших недоліків в організації медичного забезпечення військ у війнах, в яких брала участь Росія впродовж першої половини XIX ст., дали підставу М.І. Пирогову у доповідній записці, поданій 24 червня 1855 р. військовому міністру, вказати: "...мені вважається очевидним, як необхідна вища медична особа при штабі в якості головного інспектора з військово-медичної частини діючої армії, яка б користувалася належною незалежністю і самостійним авторитетом щодо своєї частини...".

Слід підкреслити, що М.І. Пирогов надавав величезного значення і підготовці військових лікарів основам управління медичним забезпеченням. Він зокрема зазначав: "Від адміністрації, а не від медицини залежить і те, щоб всім пораненим без винятку і як можна скоріше була надана медична допомога" і "Якщо лікар... не буде вважати для себе головною метою перш за все діяти адміністративно, а вже потім лікувально, то він зовсім розгубиться, і ні голова його, ні руки не нададуть допомоги".

Військові реформи, проведені в Росії у другій половині XIX ст., призвели до змін і в управлінні військовою медициною. Так, у 1867 р. медичний департамент воєнного відомства був перейменований у Головне військово-медичне управління (ГВМУ) на чолі з головним військово-медичним інспектором.

Під час російсько-японської війни 1904-1905 рр. медична служба була виділена в самостійний відділ польового управління армією на чолі з нача-

льником санітарної частини (не лікар!), який підпорядковувався безпосередньо командувачу армії. Начальнику санітарної частини армії були підпорядковані зі своїми управліннями польовий військово-медичний інспектор (лікар), польовий інспектор госпіталів (не лікар) і головний уповноважений Російського товариства Червоного Хреста. При цьому госпіталі і військово-санітарний транспорт залишався у розпорядженні польового інспектора госпіталів (не лікар). Таким чином, у результаті проведення першого організаційного оформлення медичної служби окремої армії, багатоступінчатість управління силами і засобами медичної служби на театрі війни не тільки збереглася, а й посилилась.

Під час Першої світової війни 1914-1918 рр. загальне керівництво медичним забезпеченням військ фронту зосереджувалося в управлінні начальника санітарної частини фронту (не лікар), який підпорядковувався начальнику тилу фронту. Таким чином, уперше був створений орган, який керував медичною службою фронтового об'єднання. Але була ліквідована армійська ланка медичної служби, яка повністю виправдала себе під час російсько-японської війни. І вже через місяць після початку війни, у вересні 1914 р., армійська ланка медичної служби була відновлена через великі труднощі, які виникли у зв'язку з евакуацією поранених.

Керівництво евакуацією на театрі воєнних дій зобов'язаний був здійснювати начальник санітарної частини фронту, а в межах внутрішнього району фронту - Головне управління Генерального штабу. Безпосереднє виконання евакуаційних заходів у тилловому районі фронту було покладено на головні й тиллові евакуаційні пункти, а у внутрішньому районі — на розподільчі та окружні евакуаційні пункти.

Вже під час війни (вересень 1914 р.) для об'єднання всіх видів санітарної та евакуаційної діяльності було створено Управління верховного начальника санітарної та евакуаційної частини на чолі з принцом Ольденбургським. Останній, до речі, ще 28 жовтня 1890 р. був обраний почесним членом Військово-медичної академії.

У підпорядкуванні верховного начальника санітарної та евакуаційної частини фронту знаходилися польові пересувні госпіталі, що входили до складу головних евакуаційних пунктів; польові запасні госпіталі, що розгорталися у складі тиллових евакуаційних пунктів, а також військово-санітарний транспорт: вперше сформовані санітарно-автомобільні загони і різні військово-санітарні потяги.

Під час Першої світової війни гостро проявилися труднощі в розриві між процесом лікування поранених і хворих та їх евакуацією, яка розглядалася воєнним командуванням як суто воєнний захід. У зв'язку з чим евакуація часто здійснювалася за принципом "обов'язковості" і за "дренажним" типом, що, як правило, виключало можливість здійснення під час її проведення планових лікувальних заходів і різко обмежувало активність хірургів у польових лікувальних закладах.

У зв'язку з цим у 1915 р. професором В.А. Опелем була висунута ідея, а в 1916 р. ним же було сформульовано принцип етапного лікування поранених і хворих. "Під етапним лікуванням, - писав В.А. Опель, - я розумію таке лікування, яке не порушується евакуацією, і в яке вона входить як неодмінна складова".

Буржуазна громадськість (Російське товариство Червоного Хреста, Всеросійський земський союз, Всеросійський союз міст) через явну невідповідність військової медицини в роки війни створила паралельну військово-санітарному відомству систему, яка забезпечувала більшу частину поранених і хворих. Достатньо сказати, що три чверті всього госпітального фонду належало громадським організаціям і лише четверта частина перебувала у віданні Військового міністерства.

На початку Першої світової війни, з метою покращання медико-санітарного забезпечення армії, Головним управлінням Російського товариства Червоного Хреста (РТЧХ) були створені управління головноуповноважених РТЧХ при фронтах, у тому числі 26 липня 1914 р. було засновано Управління головноуповноваженого РТЧХ при арміях Південно-Західного фронту. У 1914 р. були утворені також управління помічників головноуповноваженого, управління особливоуповноважених при арміях фронту, управління губернських і повітових уповноважених, управління з опіки та евакуації душевнохворих воїнів з армій фронту, а також міські управління уповноважених РТЧХ, підвідомчі Управлінню головноуповноваженого.

Управління головноуповноваженого і підвідомчі йому управління РТЧХ, розміщені на території України, у своїй діяльності підпорядковувалися Головному управлінню РТЧХ і головному начальнику постачання армій Південно-Західного фронту.

Управління головноуповноваженого РТЧХ здійснювало:

- > загальне керівництво діяльністю установ Червоного Хреста, а також Всеросійського земського союзу, Всеросійського союзу міст та інших громадських організацій і приватних закладів, прийнятих під його прапор;
- > надання медичної допомоги та евакуацію хворих і поранених воїнів;
- > організацію допомоги біженцям і постраждалим від газових атак;
- > забезпечення медичних, господарчих та інших закладів особовим складом, медикаментами, продовольством, інвентарем;
- > влаштування санітарних потягів і транспортів та ряд інших питань.

Діяльність Управління головноуповноваженого РТЧХ при арміях Південно-Західного фронту поширювалась на територію Київської, Волинської, Подільської, Чернігівської та Полтавської губерній.

Незадовільна в цілому організація медичного забезпечення російської армії в роки Першої світової війни, нестача сил і засобів, необхідних для цього забезпечення, призвели до низьких показників діяльності медичної

служби: смертність поранених досягала 11,5%, інвалідність - 30%, а повернення до строю не перевищувало 50%.

Військова медицина СРСР у 1921-1941 рр.

Медична служба Червоної Армії в 1921-1928 рр. Перед радянською військовою медициною в період 1921-1928 рр. стояли наступні завдання:

- > необхідно було ліквідувати санітарні наслідки Першої світової та громадянської воєн;
- > здійснювати медичне забезпечення масової демобілізації;
- > забезпечити лікування інвалідів війни;
- > підвищити рівень санітарно-гігієнічних знань особового складу Червоної Армії;
- > здійснювати відбір здорового поповнення для військ та раціонально розподіляти призовні контингенти за окремими родами військ;
- > покращити санітарно-епідемічний стан Червоної Армії; здійснювати медичне забезпечення особового складу військ.

Офіційно у ці роки медична служба Червоної Армії називалася військово-санітарною службою.

Величезні економічні труднощі і обтяжливі наслідки багаторічної війни створили вкрай несприятливу обстановку: матеріальна база військово-санітарної служби була надзвичайно слабкою, а потреби військових частин і лікувально-санітарних закладів у медичному і санітарно-господарчому майні покривалися не повністю.

Основним напрямком діяльності військово-санітарної служби в цей час була боротьба з епідемічними хворобами, що набули широкого розповсюдження у 1921-1922 рр.

У цей період була прийнята низка постанов і декретів, які забезпечували проведення ефективних протиепідемічних і загальнооздоровчих заходів серед населення країни та у військових колективах.

Серед основних такі:

- > про поліпшення умов розміщення і побуту частин Червоної Армії (1921 р.);
- > про використання кримських курортів для лікування червоноармійців (1921 р.);
- > про поліпшення санітарних умов при розміщенні військових частин (1921р.);
- > про санітарні органи республіки (1922 р.).

Головне військово-санітарне управління (з 1925 р. - Військово-санітарне управління) Червоної Армії у 1920-1928 рр. очолював З.П. Соловійов.

Медична служба Червоної Армії у 1929—1938 рр. В період 1929-1938 рр. спостерігається зростання чисельності Червоної Армії, в рядах якої у 1938 р. було понад 1,5 млн. чол.

Розвиток військової авіації, технічне переоснащення армійських частин, надходження на озброєння великої кількості танків та іншої бойової техніки

висували на перший план завдання щодо вивчення гігієни і фізіології військової праці.

Вирішення цих завдань було тісно пов'язано з підготовкою військово-санітарної служби та її особового складу до роботи в бойовій обстановці, яка мала суттєво відрізнятись від умов, що склалися у попередніх війнах.

У зв'язку з необхідністю посилення розвитку військової медицини у 1929 р. у Військово-медичній академії (м. Ленінград) навчальні курси загальної і санітарної тактики були перетворені на першу в СРСР кафедру військових і військово-санітарних дисциплін. Велике значення мало і створення у 1931-1933 рр. в Академії нових кафедр: військово-польової хірургії, військово-хімічної справи та військової гігієни.

Докорінним чином був переглянутий асортимент польового медичного оснащення на основі створення функціональних комплектів військово-медичного майна, у розробці яких значну роль відіграв заснований у 1930 р. Науково-дослідний випробувальний санітарний інститут Робітничо-Селянської Червоної Армії (РСЧА).

На цей час припадає й організація дружин з надання першої медичної допомоги серед цивільного населення. Ці підрозділи створювалися Товариством Червоного Хреста з метою прищеплення навичок для роботи у бойовій обстановці.

Влітку 1929 р. у Женеві зібралася міжнародна дипломатична конференція з обговорення та підписання переглянутого тексту Женевської конвенції про покращання долі поранених і хворих у діючих арміях. Радянський Союз заявив про визнання Женевської конвенції 1929 р. у декларації, підписаній народним комісаром закордонних справ 25 серпня 1931 р.

Незважаючи на певні успіхи, у постановці лікувально-профілактичної справи у РСЧА було багато недоліків. Передусім спостерігалася:

- > технічна відсталість медичної служби;
- > недосконалість польової системи медичного постачання;
- > недостатня військова і військово-медична підготовка кадрів;
- > невміння застосовувати на практиці теоретичні знання з питань медичного забезпечення військ у бойовій обстановці.

Що стосується технічної відсталості, то суттєвою причиною цього була невідповідність наявних санітарно-транспортних засобів ступеню технічного оснащення армії.

Автомобільний парк РСЧА з кожним роком зростав. Перший санітарний автомобіль радянського виробництва надійшов у армію в 1930 р. Однак масовий їх випуск був налагоджений лише в 1935 р. Тому станом на початок травня 1935 р. забезпеченість армії автосанітарним транспортом складала лише 6,6 % від потреби в ньому.

Перший санітарний літак радянського виробництва був створений у 1927 р., але на оснащення армії санітарні літаки надійшли значно пізніше. Таким чином, до 30-х років військово-санітарна служба РСЧА фактично

мала, окрім військово-санітарних потягів, тільки один вид санітарно-евакуаційного транспорту, а саме - кінносанітарний.

У серпні 1929 р. Військово-санітарне управління РСЧА було передане із складу Наркомздор'я у повне підпорядкування народного комісаріату з військових і морських справ. У тому ж році вводиться у дію "Керівництво з санітарної евакуації у РСЧА", яке вперше офіційно регламентувало організацію медичного забезпечення військ у воєнний час на основі принципу етапного лікування. Поранені та хворі, на основі рекомендацій "Керівництва", мали послідовно проходити через всі розгорнуті на шляху їх евакуації медичні пункти і лікувальні установи. Такий порядок евакуації було названо "дренажним".

У кінці 1933 р. вказаний вище документ замінюється проектом "Статуту військово-санітарної служби РСЧА", у якому чіткіше визначалися основні принципи етапного лікування, вводилося нове поняття "обсяг медичної допомоги".

Важливим заходом в плані удосконалення організації санітарної служби військового з'єднання стало створення у 1935 р. медико-санітарного батальйону (МСБ), який об'єднав у собі перев'язочний, евакуаційний і епідемічний загони дивізії. В тому ж році до складу військово-санітарної служби армії вводяться автохірургічні загони та групи підсилення.

Перший бойовий досвід з організації допомоги пораненим військово-санітарна служба РСЧА набула у період боїв біля озера Хасан влітку 1938 р. Цей досвід, особливо з організації хірургічної допомоги пораненим, був узагальнений професором М.Н. Ахутіним в його монографії "Хірургічна робота під час боїв біля озера Хасан" (1939 р.).

Головний висновок з досвіду роботи військово-санітарної служби в Хасанській операції стосувався МСБ дивізій. По-перше, дивізійний пункт медичної допомоги після Хасанської операції стали визначати як "центр хірургічної роботи у військовому тилу"; по-друге, була ще раз підкреслена необхідність постійної бойової готовності військово-санітарних закладів у мирний час.

У результаті проведеної у другій половині 30-х років реорганізації, військово-санітарна служба РСЧА стала більш пристосованою до дій в умовах маневреної війни. Однак вже перші бойові зіткнення показали, що, незважаючи на певні успіхи у теоретичній розробці окремих проблем лікувально-евакуаційного забезпечення діючої армії та видання низки регламентуючих документів з цих питань, повсякденна практична робота з підвищення бойової готовності військово-санітарної служби проводилась недостатньо. Тому важливі питання з підготовки військово-санітарної служби до виконання завдань в умовах воєнного часу ще не отримали належного вирішення. Дослідники даної проблем серед таких називають наступні:

- > недостатня військова підготовка медичних кадрів;
- > недооцінка досвіду, набутого військовою медициною у попередніх війнах;

> невідповідність між матеріально-технічною базою військово-санітарної служби і тими завданнями, які належало їй вирішувати.

Медична служба Червоної Армії напередодні Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. Розвиток організаційних принципів медичного забезпечення військ у воєнний час найбільш інтенсивно відбувався в період 1939-1941 рр., тобто в роки, що безпосередньо передували Великій Вітчизняній війні.

У цей відповідальний передвоєнний період медичну службу РСЧА очолював Ю.І. Смирнов, який був призначений начальником Санітарного управління РСЧА у березні 1939 р. Саме Ю.І. Смирнову належить основна роль у практичній розробці та перевірці на полі бою вже сформованої в основних рисах системи етапного лікування поранених і хворих з евакуацією за призначенням.

Велике значення для розвитку системи організації хірургічної допомоги пораненим на війні мав досвід, набутий військово-медичною службою РСЧА під час боїв у Монголії на річці Халхін-Гол (травень-серпень 1939 р.). Радянські війська у той час були добре укомплектовані медичними кадрами й оснащені медичним майном відповідно до існуючих тоді штатів і табелів до них.

Однак у складі військово-медичної служби були відсутні армійські госпіталі, що ускладнювало надання відповідних видів медичної допомоги.

Санітарні втрати радянських військ в операції на річці Халхін-Гол склали понад 15 тис. поранених і хворих, основна маса яких з району бойових дій направлялася у лікувальні заклади, що були дислоковані та території Радянського Союзу. Лише інфекційні та тяжкі хворі, а також поранені, які були нетранспортабельні, госпіталізувалися в евакуаційні госпіталі.

Досвід роботи військово-санітарної служби в районі річки Халхін-Гол показав, що лікувально-евакуаційне забезпечення бойових дій військ повинно будуватися, передусім, на основі чіткої спеціалізації ліжок у госпіталях, починаючи із армійських лікувальних закладів.

У батальйонах і полках надання медичної допомоги пораненим здійснювалося лікарями. У МСБ дивізії оперувалося в середньому 40-45% усіх поранених і у зв'язку із значним розширенням обсягу хірургічної допомоги пораненим там різко зросло значення медичного сортування, яке могли проводити лише кваліфіковані хірурги.

Велику цінність для набуття бойового досвіду військово-санітарної служби мала її робота в діючій армії під час радянсько-фінської війни (30.11. 1939- 13.03. 1940 рр.).

Воєнні дії розгорнулися на великій території: від Карельського перешийку на півдні до узбережжя Баренцового моря на півночі, з протяжністю лінії фронту до 1500 км і включали ряд операцій армійського та фронтового масштабу.

Серйозний вплив на характер бойових дій військ і роботу військово-санітарної служби у цей період справили особливі географічні умови.

Поранених евакуювали військово-санітарними потягами у розгорнуту в районі Ленінграда ГБ фронту, керівництво якою здійснювалося фронтовим евакопунктом. Пізніше стали розгортати ГБ армій, які включали евакуаційні госпіталі. Окрім того, у внутрішньому районі країни знадобилося розгорнути близько 100 тис. госпітальних ліжок, об'єднаних 17-ма місцевими евакопунктами (МЕП).

Радянсько-фінська війна стала найбільшим бойовим зіткненням РСЧА до Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр., що обумовило необхідність повного розгортання всіх ланок військово-санітарної служби діючої армії та госпіталів внутрішнього району країни.

В армію була призвана велика кількість медичних працівників із запасу.

Відразу ж виявлялась нестача та суттєві недоліки у підготовці санітарів-носіїв і санітарних інструкторів. Досвід використання лікарів для роботи на полі бою показав, що робота батальйонного лікаря зводилась до ролі організатора процесу винесення поранених з поля бою, а обсяг його роботи не виходив за рамки долікарської медичної допомоги. Тому вже в 1940 р. відбулася заміна лікарів фельдшерами, які призначалися командирами санітарних взводів батальйонів.

У цілому підсумки організації роботи військово-санітарної служби під час вказаних воєнних дій в основному підтвердили ті ж закономірності, які виявилися раніше у боях на Далекому Сході.

У 1940-1941 рр. на спеціальних конференціях і засіданнях наукових хірургічних товариств активно обговорювалося чимало організаційних питань лікування поранених у воєнний час.

Дії військових медиків уважно аналізувалися. Дуже швидко виявилось, що підстав для безтурботності та спокою не було. Спеціальна комісія ЦК ВКП(б) на чолі з Б.Д. Петровим і вчена медична рада Військово-санітарного управління виявили тоді чимало недоліків.

Передові принципи, проголошені ще в середині 30-х років (етапне лікування, спадкоємне і послідовне надання пораненим усіх видів медичної допомоги, система етапного лікування поранених і хворих з евакуацією за призначенням), на практиці використовувалися дуже мало.

"Санітарна служба в Червоній Армії, як показав досвід війни з білофінами, виявилася недостатньо підготовленою, - відзначалося у травні 1940 р. у секретній доповіді урядової комісії. З вини Санітарного управління не вистачало медичних кадрів, особливо хірургів, там, де вони найбільше були потрібні. Польова підготовка медичного складу кадру і запасу, особливо з питань воєнно-польової хірургії та організації і тактики санітарної служби, виявилися недостатніми. Питання евакуації поранених з урахуванням своєчасного повернення легкопоранених у стрій вимагають переробки". Це була

об'єктивна й, мабуть, не дуже сувора оцінка, хоча й вона до останнього часу не була відома фахівцям військової медицини.

Зразу ж після закінчення радянсько-фінської війни 1939-1940 рр. Санітарне управління РСЧА приступило до складання та переробки на основі досвіду минулої війни усіх основних керівних документів, що регламентували організацію медичного забезпечення діючої армії. Серед них були "Настанова з санітарної служби Червоної Армії", "Вказівки з воєннопольової хірургії", "Інструкція з методів хірургічного лікування у тилкових госпіталах" та ін.

Однак повністю завершити цю важливу роботу до початку Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. не вдалося. Був введений у дію наказом Наркома оборони від 9 травня 1941 р. лише "Збірник положень про заклади санітарної служби воєнного часу", в якому визначалися завдання кожного закладу та його підрозділів, права, обов'язки і підпорядкованість командирів закладів та їх підрозділів, а також коло прав і обов'язків головних спеціалістів фронтів та армій.

Напередодні війни проводилася напружена робота з переформування комплектно-табельного оснащення, що зберігалось на складах недоторканого запасу, постійно удосконалювалися організація і штати госпітальних лікувальних закладів. У результаті проведеної роботи в госпіталах з'явилися такі самостійні підрозділи як фізіотерапевтичне і рентгенологічне відділення (кабінети), а також клінічні лабораторії. Перероблялися програми та навчальні плани підготовки усіх категорій військово-медичних кадрів, були створені на доповнення Військово-медичній академії ім. С.М. Кірова (Ленінград) Військово-морська медична академія у Ленінграді (1940 р.) і Куйбишевська військово-медична академія (1939 р.), військово-медичні факультети при трьох медичних інститутах, а також військово-фельдшерські училища.

Для обговорення науково-практичних і організаційно-методичних питань медичного забезпечення бойових дій військ у червні 1940 р. був створений дорадчий орган при начальнику Військово-санітарного управління РСЧА - Вчена медична рада. До її складу увійшли відомі вчені з різних галузей медицини.

У 1940 р. був введений новий штат госпіталів, який визначав профіль кожного з медичних відділень.

На основі досвіду, набутого під час минулих бойових дій, були намічені й частково реалізовані деякі організаційно-штатні перетворення медичної служби на час воєнних дій. Серед них, окрім зазначеного вище, передбачалося збільшення кількості лікарів у складі санітарних рот полків, реорганізація МСБ дивізії із включенням до його штату госпітальної роти, оскільки дивізійні госпіталі зі складу медичної служби дивізій вилучалися і передавалися як військові рухомі госпіталі (ВРГ) до складу армійських засобів.

У цей час здійснювалася корекція мобілізаційного плану 1941 р. Однак більша частина запланованих заходів здійснена не була, і військово-санітарна служба РСЧА вступила у Велику Вітчизняну війну 1941-1945 рр., не завершивши своєї реорганізації.

Так, медичні заклади Червоної Армії напередодні війни виявилися укомплектованими лікарями лише на 77%. Лікарів-спеціалістів було ще менше: потреба у хірургах, наприклад, задовольнялася лише на 52%. Недокомплект фельдшерів складав 36,3, зубних лікарів - 35%, фармацевтів - 41,1%.

Гостро відчувалася нестача кваліфікованих керівників військово-медичної служби. Що стосується розробки основних документів, що регламентували організацію медичного забезпечення, то "Настанова по Санітарній службі Червоної Армії" - документ виключної ваги - вийшла тільки у другому півріччі 1941 р.

З метою об'єктивної оцінки тих чи інших історичних періодів радянської військової медицини необхідно обов'язково враховувати і трагічні їх сторінки, зокрема щодо умов, в яких радянська військова медицина готувалася до війни.

Вже добре відомо, що передвоєнні роки були непростими. Диктатура Сталіна, що склалася остаточно, всевладдя командно-адміністративної системи, зростаюча безконтрольність керівного апарату, повсюдний утиск демократії, масові репресії, свавілля та беззаконня - все це призвело до величезних моральних і матеріальних втрат. Не обійшло все це стороною, звичайно, і медицину.

У передвоєнні роки виник так званий "залишковий" принцип фінансування всього, що призначалося для охорони здоров'я. Ще у 1930 р. групу українських професорів і лікарів - Є. Черняхівського, М. Кудрицького, В. Підгаєцького, А. Барбара та І. Удовенка було звинувачено у міфічному "Союзі визволення України" і засуджено.

Окрім цього, дуже частими стали некомпетентні втручання "надпільних" відповідальних осіб у суто медичні справи. Причому відбувалося це як в цивільній, так і у військовій медицині.

У серпні 1937 р. був репресований начальник Військово-санітарного управління РСЧА М.І. Баранов. У листопаді 1939 р. було заарештовано основоположника санітарної тактики (тепер - організація медичного забезпечення військ) доктора медичних наук П.І. Тимофіївського, а в самий розпал Другої світової війни, тобто 1943 р., його, 64-річного професора, - розстріляли.

Такої ж долі у 1937-1939 рр. зазнали й інші військово-медичні начальники та рядові лікарі, серед яких, безперечно, було багато українців.

Основи медичного забезпечення операцій під час Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр.

Медичне забезпечення Радянської Армії у першому періоді війни (22 червня 1941 р. - 19 листопада 1942 р.). Умови для розгортання роботи по

медичному забезпеченню бойових дій у цей період були виключно складними. Одним з вирішальних факторів став зрив планомирного розгортання сил та засобів медичної служби на театрі воєнних дій у відповідності з її організацією та штатами воєнного часу.

До того ж сконцентровані для цього на складах, розташованих поблизу державного кордону, запаси медичного майна та санітарної техніки були знищені противником.

Організаційна перебудова Радянської Армії, яка відбулася влітку і восени 1941 р. та зимою 1941-1942 рр., відчутно торкнулася і медичної служби. Деякі медичні заклади, частини та підрозділи були взагалі скасовані, інші реорганізовані в бік значного скорочення штатної чисельності їх особового складу і кількості табельних норм забезпечення медичним майном. Значні зміни відбулися із штатом МСБ дивізії, який за час першого періоду війни змінювався тричі в бік скорочення. Із штату МСБ були виключені два підрозділи - госпітальна рота та відділення збору і хірургічної обробки легкопоранених. Загальна кількість особового складу медичного батальйону скоротилася із 253 до 163 чоловік, у тому числі лікарів з 24 до 12 (з них хірургів з 15 до 8).

Значно змінився склад армійських засобів медичної служби. Замість визначених для армії двох типів госпіталів - військового та армійського (ВПГ та АПГ), був введений один тип уніфікованого польового рухомого госпіталю (ПРГ) на 200 ліжок із значно меншою, ніж у його попередників, кількістю особового складу. Причому в 1942 р. частина сформованих ПРГ укомплектовувалась не автомобільним, а гужовим транспортом.

Досвід медичного забезпечення в операціях першого періоду війни виявив також необхідність включення до складу медичної служби нових формувань. Уже в перші місяці війни чітко визначилась гостра потреба мати серед лікувальних закладів діючої армії спеціалізовані госпіталі для лікування легкопоранених та легкохворих. Такі штатні госпіталі були вперше створені у серпні 1941 р. на Західному фронті за ініціативою начальника військово-санітарного управління (ВСУ) фронту М.М. Гуревича під назвою "госпіталі-табори" на 1000 місць. Вони стали прообразом для штатного оформлення у грудні 1941 р. нового типу лікувального закладу - госпіталю для лікування легкопоранених (ГЛП).

Перший період війни поклав також початок створенню сортувально-евакуаційних госпіталів на 500, 1000 та 2000 ліжок, які швидко стали відігравати провідну роль у розподілі поранених та хворих серед спеціалізованих лікувальних закладів ГБФ.

Значне погіршення умов життя, що було спричинене війною, негативно позначилося на санітарно-епідемічному стані населення та населених пунктів театру воєнних дій, в тилу країни. Як відомо, ще в серпні 1941 р. за ініціативою Ю.І. Смирнова банно-пральне обслуговування з підпорядкування Управлінню речового постачання було передано до ГВСУ. В інтересах

найефективнішого використання наявних автодушових установок та рухомих дезінфекційних камер, ця техніка була вилучена із військової медичної служби і сконцентрована у складі армійських і фронтових обмивально-дезінфекційних рот.

Для контролю санітарно-епідемічного стану особового складу військ, що перевозилися залізницею, та організації у випадку необхідності санітарної обробки, були створені санітарно-контрольні пункти (СКП).

З початком війни зі всією чіткістю виявилось велике значення єдиного розуміння принципів медичного забезпечення військ та методів профілактичної і лікувальної роботи, що застосовувалися медичною службою в умовах бойової обстановки. Ці принципи та методи в ході першого періоду війни теоретично оформилися у вигляді Єдиної військово-польової медичної доктрини, основні принципи якої були визначені Ю.І. Смирновим.

У перших операціях початкового періоду війни проявилася відсутність взаємодії між силами та засобами військової ланки медичної служби і медичної служби армійських об'єднань. Висування армійських ПРГ позаду наступаючих військ відбувалося із значним запізненням, що нерідко викликало необхідність поділу МСБ дивізії, а іноді і ПРГ на 2-3 самостійно працюючі частини. Це значно зменшувало обсяг медичної допомоги, що надавалася на малопотужних проміжних етапах медичної евакуації.

Принцип евакуації поранених і хворих за призначенням, який був визначений як один із найважливіших напрямків удосконалення лікувально-евакуаційного забезпечення військ у военний час ще до початку війни, в операціях першого її періоду здійснити не вдалося. Евакуація поранених та хворих із МСБ носила чітко виражений "дренажний" характер.

Таким чином, під час першого періоду війни завершилося розгортання медичної служби та в основному визначилися найефективніші в умовах конкретних операцій форми і методи медичного забезпечення військ та основні напрямки їх подальшого удосконалення.

Медичне забезпечення радянських військ у другому періоді війни (листопад 1942 р. - грудень 1943 р.). Вирішальний вплив на організацію медичного забезпечення військ в операціях другого періоду війни та завдання медичної служби мали перш за все новий характер бойових дій, перевага фронтових та стратегічних наступальних операцій, що проводилися радянськими військами на значну глибину, на широкому фронті, з достатньо, як правило, високими темпами наступу, а також значний ріст санітарних втрат. Слід підкреслити, що бойові санітарні втрати Радянської Армії в операціях 1943 р. (особливо другої його половини) були максимальними за весь період війни.

Незважаючи на важкі умови воєнного часу, в ході другого періоду війни було проведено низку важливих заходів, спрямованих на зміцнення матеріально-технічної бази, збільшення сил і засобів, покращання всіх показників діяльності медичної служби, підвищення рівня підготовки медичних кадрів.

Так, у другому періоді війни продовжувалося збільшення ліжкового фонду, особливо госпітальних баз армій та фронтів за рахунок формування нових лікувальних закладів, а також перепідпорядкування та передислокації евакогоспіталів із внутрішнього району країни до складу сил і засобів медичної служби діючої армії.

У результаті проведених організаційних заходів в період з 1 січня 1943 р. по 1 січня 1944 р. госпітальна мережа країни збільшилася на 23%, кількість окремих рот медичного підсилення виросла з 38% до 76% від потреби, а кількість окремих дезінфекційних рот зросла з 30% до 83%.

У грудні 1942 р. замість уніфікованих польових рухомих госпіталів були створені хірургічні на 200 ліжок (ХПРГ) і терапевтичні на 100 ліжок (ТПРГ) польові рухомі госпіталі.

Керівництво ГВСУ великої уваги надавало формуванню госпіталів для легкопоранених - цих економічних і ефективних лікувальних закладів для вирішення завдань швидкого повернення до лав поранених і хворих. Кількість ліжок у цих госпіталях складала 1/3 від їх загальної кількості в ГБ діючої армії.

У другому періоді війни поліпшилося і доукомплектування медичної служби особовим складом. Так, станом на 1 травня 1943 р. укомплектованість лікарями досягла 92%, а фельдшерами - 92,9%.

У ході наступальних операцій осінньо-зимової кампанії другого періоду війни досить чітко виявилися недоліки у підготовці керівної ланки медичної служби. В 1943 р. у надзвичайно складних умовах війни було вжито ряд заходів, спрямованих на підвищення рівня підготовки медичних кадрів: відновлюється нормальний термін навчання у медичних закладах, 23 листопада 1943 р. Державний комітет оборони (ДКО) затверджує, поданий ГВСУ, проект постанови про реорганізацію Військово-медичної академії. У складі останньої передбачалося створити три факультети: командно-медичний, лікувально-профілактичний та факультет підготовки старших лікарів полків. У цей же період розгорнулася робота з організації Військово-медичного музею Міністерства оборони СРСР.

Стан з постачанням діючої армії медичним майном у другому періоді війни продовжував залишатися досить напруженим. До того ж вантажі, що відправлялися на fronti, нерідко прибували на місце призначення із запізненням на 2-3 місяці і більше. Вихід знаходили в тому, що здійснювали заготовлю медичного майна на місцях. Так, в 1943 р. на фронтах було заготовлено: медикаментів - 44%, перев'язувальних засобів - 19,5%, хірургічних інструментів - 12-13% від загальної необхідної кількості.

У другому періоді війни удосконалювалася "служба крові". Зокрема було запроваджено порядок централізованого постачання діючої армії кров'ю та її препаратами. Медична служба діючої армії у 1943 р. отримала понад 250 000 л консервованої крові, що дозволило виконати переливання крові 13,4% від загальної кількості поранених за цей рік.

Аналіз результатів медичного забезпечення радянських військ у другому періоді Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. дає можливість зробити наступні висновки:

- рівень організації медичного забезпечення порівняно з першим роком війни значно зріс;
- > покращилося забезпечення медичної служби необхідними силами та засобами;
- > покращилися такі показники діяльності медичної служби, як терміни доставки поранених і хворих на етапи медичної евакуації, оперативна активність в МСБ дивізій і в хірургічних польових рухомих госпіталях (ХПРГ) першої лінії, повернення до лав поранених, перелік видів спеціалізованої медичної допомоги збільшився;
- > підвищився рівень оперативної та спеціальної підготовки керівної ланки військово-медичної служби;
- > запроваджено Єдину військово-польову медичну доктрину.

Особливості медичного забезпечення радянських військ у третьому періоді війни (січень 1944 р. - травень 1945 р.). У третьому періоді Великої Вітчизняної війни склалися єдині в усій радянській армії погляди щодо організації та змісту медичної допомоги і лікування поранених - повністю сформувалася система етапного лікування з евакуацією за призначенням. Велику роль у дотриманні єдиних принципів надання хірургічної допомоги пораненим та їх лікування в діючій армії відіграли перероблені та видані у 1944 р. "Вказівки з воєнно-польової хірургії".

У цей період війни зросла укомплектованість медичної служби лікарським складом. У липні 1944 р. вона складала в цілому по армії 94,5%. Поповнення кадрів медичної служби здійснювалося за рахунок випускників медичних та військово-медичних навчальних закладів країни. Але забезпеченість хірургами запишалася все ж таки недостатньою, складаючи всього 68%. Загальна укомплектованість фельдшерським складом досягла на травень 1944 р. 99,3%.

У третьому періоді війни підвищилась забезпеченість фронтів санітарним транспортом. Тепер у розпорядженні кожного фронту було, як правило, по одному окремому санітарному авіаційному полку, а в окремих фронтах, окрім цього, були ще й окремі санітарні авіаційні ескадрильї. Загальновійськові армії мали по одній автосанітарній роті, а танкові армії - автосанітарні взводи чи роти двохзвездного складу.

Суттєвою особливістю медичного забезпечення військ в операціях останнього періоду Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. було прагнення підмінити засоби нижчої ланки медичної служби засобами її вищої ланки. Це знайшло свій прояв у тому, що в арміях ХПРГ першої лінії підмінили собою дивізійні медичні пункти, забезпечуючи можливість їх своєчасного переміщення за військами.

Одним із дуже важливих уроків як третього періоду, так і Великої Вітчизняної війни в цілому, слід вважати негативний вплив на організацію ме-

динного забезпечення військ, відсутність резерву лікувальних закладів центрального підпорядкування.

У третьому періоді війни медичній службі вдалося досягти поліпшення показників лікувальної роботи. Так, у 1944 р. (до 1 грудня) було повернуто у стрій 90,4% поранених та хворих від загальної кількості санітарних втрат за цей період порівняно з 76,4% у 1943 р.

Про удосконалення лікувально-евакуаційного забезпечення свідчить також зниження летальності в евакогоспіталях фронтів та внутрішнього району країни. Так, у 1944 р. летальність у цих лікувальних закладах знизилась порівняно з 1943 р. з 2,7% до 1,8% (до кількості всіх результатів лікування). Обсяг евакуації із армії в ГБФ збільшився, а обсяг евакуації в лікувальні заклади внутрішнього району, навпаки, зменшився.

Операції третього періоду війни супроводжувалися полоном сотень тисяч солдатів противника, звільненням із таборів великої кількості радянських людей та громадян союзних держав. Медична служба армій та фронтів брала на себе організацію їх медичного забезпечення, оскільки спеціальні органи, що займались, наприклад, репатріацією, ще не мали для цього достатніх сил та засобів.

Військово-медична служба в завершальному періоді Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. набула значного досвіду роботи у великих наступальних операціях стратегічного характеру. У цей час повністю склалася і чітко оформилася прогресивна система лікувально-евакуаційного забезпечення поранених і хворих з евакуацією за призначенням. Успішно діяла система санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, яка не допустила великих епідемічних спалахів та високої інфекційної захворюваності серед особового складу військ.

Головний внесок медичної служби ЗС СРСР в перемогу у Великій Вітчизняній війні 1941—1945 рр. — це повернення до лав 72,3% поранених та 90,6% хворих солдат і офіцерів.

Під час Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. належний внесок у великий подвиг нашого народу зробили і українські лікарі, серед яких багато було начальників військово-санітарних управлінь фронтів і флотів, головних хірургів і головних терапевтів фронтів, флотів та армій.

Управління системою медичного забезпечення радянських військ в роки Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. Керівництво медичним забезпеченням радянських військ у роки війни здійснювало Головне військово-санітарне управління (ГВСУ). У той час ГВСУ складалося з трьох управлінь: лікувально-евакуаційного, кадрів і підготовки та постачання медичним і санітарно-господарським майном.

28 серпня 1941 р. ГВСУ був підпорядкований лазнево-пральний відділ, у зв'язку з чим у січні 1942 р. в складі ГВСУ було створено ще одне, четверте - протиепідемічне і лазнево-пральне управління.

У першому періоді війни діяльність органів управління військово-медичною службою РСЧА і в першу чергу ГВСУ в основному була спрямована на формування і розгортання нових військово-медичних закладів і на своєчасне переведення в тил тих із них, яким загрожувало залишитися на території, захопленої ворогом.

Уже в першому періоді війни керівництвом ГВСУ була усвідомлена недосконалість системи медичного забезпечення радянських військ, що приводило до цілої низки помилок зі сторони керівників медичної служби дивізій, корпусів, армій та фронтів. Начальник ГВСУ Ю.І. Смирнов, аналізуючи результати медичного забезпечення радянських військ в першому періоді війни, виділяє три групи помилок, які відчутно знижували ефективність медичного забезпечення радянських військ у роки війни.

На першому місці - це помилки, які були пов'язані зі здійсненням етапного лікування з евакуацією за призначенням. Найслабшою стороною цієї форми медичного забезпечення була багатоступінчастість. Вона подовжувала терміни лікування поранених і, що найголовніше, зменшувала ефективність та своєчасність надання спеціалізованої хірургічної допомоги.

На другому і третьому місцях відповідно були помилки, пов'язані з керівництвом військово-медичною службою при організації маневру силами і засобами та плануванням медичного забезпечення наступальних операцій.

Але всі зазначені вище причини неефективності управління медичним забезпеченням у роки війни пояснюються підпорядкованістю військово-медичної служби.

Як відомо, в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. медична служба була підпорядкована тилу РСЧА. Досвід показує, що наявність проміжної і такої, що практично нічого не вирішує, ланки (тилу) в системі управління між командуючими (командирами) і медичною службою не допомагає у досягненні успіху.

Саме тому у важкі роки війни, коли медична служба РСЧА була організційно і матеріально дуже тісно пов'язана з тилом ЗС в єдиній системі постачання і мала надзвичайно обмежені можливості щодо автономної роботи, тодішній начальник ГВСУ Ю.І. Смирнов, розуміючи недосконалість системи управління силами і засобами медичної служби, у 1943 р. запропонував вивести медичну службу з підпорядкування органам управління тилом з метою покращання лікувально-евакуаційного забезпечення військ в наступних літніх операціях. Але на відповідний запит секретаря ЦК ВКП (б) А.А. Андреева начальника тилу Червоної Армії А.В. Хрульов відповів, що це виключено, адже це питання вирішене постановою Державного Комітету оборони № 3543 від 9 червня 1943 р. "Про управління Тилом Червоної Армії", і санітарні органи залишилися в системі тилу.

У літературі про медичне забезпечення радянських військ в операціях Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. недостатньо висвітлено саме управління медичною службою. Серед причин, що пояснюють такий стан.

немале значення мала неприйнятна в роки культу особи і застою критична оцінка дій "вищої ланки" керівництва військами, у тому числі й медичною службою. Ю.І. Смирнов проблему управління медичним забезпеченням під час війни у своїй фундаментальній праці "Война и военная медицина" скромно називає "нагальними організаційно-методичними питаннями".

Одним із показників неефективного управління медичним забезпеченням в цей період, на нашу думку, є дані щодо втрат, понесених медичною службою радянських військ під час війни. 88,2% втрат припадає на рядовий і сержантський склад медичної служби, тобто на її передню ланку, що діяла на полі бою. Ці дані підтверджують думку про те, що під час Великої Вітчизняної війни бували випадки, коли лише протягом одного бою санітарних інструкторів та санітарів-носіїв міняли тричі у зв'язку з бойовими втратами серед їх попередників.

Величезний негативний вплив на величину втрат серед зазначеної категорії особового складу медичної служби, на нашу думку, мало й те, що військові медики Червоної Армії в роки війни не користувалися захистом Міжнародних Женевських конвенцій. Хоча саме наш співвітчизник - військовий лікар П.А. Загорський ще в 1794-1795 рр. під час боїв на Галичині вперше за 17 років до Ж.Д. Ларрея - головного хірурга армії Наполеона Бонапарта - та на 70 років (1864 р.) випередивши офіційне прийняття Міжнародних конвенцій про захист жертв війни, пропагував гуманне ставлення до жертв війни і сам надавав медичну допомогу військовослужбовцям противника.

Медична служба Збройних Сил СРСР у післявоєнний період (1945—1990 рр.). Після завершення Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. розпочався новий, надзвичайно важливий період розвитку радянської військової медицини. Поряд з медичним забезпеченням усіх сторін життєдіяльності військ основними завданнями керівництва медичної служби Збройних Сил СРСР у цей час були:

- g> забезпечення всебічного вивчення та глибокого узагальнення величезного, виключно цінного досвіду медичного забезпечення минулої війни та організація підготовки на цій основі військово-медичних кадрів;
- ^ участь у ліквідації важких санітарних наслідків війни;
- ^ забезпечення масової демобілізації особового складу Радянської Армії;
- організація розформування чисельних медичних закладів воєнного часу та приведення у відповідність до вимог мирного часу організаційно-штатної структури медичної служби.

До зазначеного періоду відноситься подальший розвиток міжнародно-правових норм захисту жертв війни, що мав пряме відношення до можливих умов роботи військово-медичної служби у воєнний час. 12 серпня 1949 р. разом з багатьма іншими країнами світу Радянський Союз підписав нові Женевські конвенції про покращання долі жертв війни.

Узагальнення досвіду лікувально-профілактичної, санітарно-гігієнічної та протиепідемічної роботи у перші післявоєнні роки дозволило видати важливі керівні документи, які регламентували медичне забезпечення Радянської Армії в умовах мирного часу: "Керівництво з лікувально-профілактичного забезпечення ЗС СРСР" (1950 р.) та "Керівництво з санітарно-гігієнічного і протиепідемічного забезпечення Радянської Армії" (1952 р.).

У 1955 р. було завершено видання капітальної праці "Досвід радянської медицини у Великій Вітчизняній війні 1941-1945 рр.", яка включала розділи "Хірургія", "Терапія", "Епідеміологія та гігієна", "Патологія вогнепальних рани" і містила глибокий аналіз та критичну оцінку існуючих на той час уявлень про воєнну патологію і методи лікування поранених та хворих.

Однак з ряду причин у перелічених вище працях не узагальнювався величезний досвід, набутий за роки минулої війни, в галузі організації медичного забезпечення ЗС СРСР.

Підготовка військово-медичних кадрів у післявоєнні роки продовжувалася у Військово-медичній академії ім. С.М. Кірова, військово-медичних факультетах при Центральному інституті удосконалення лікарів, а з 1951 р. - і на військово-медичних факультетах при Харківському, Саратовському, Куйбишевському і 1-му Ленінградському медичних інститутах із терміном навчання два роки.

Скорочення чисельності ЗС СРСР у другій половині 50-х років призвело до зменшення обсягу підготовки військово-лікарських кадрів. У 1956 р. відбулося об'єднання Військово-морської медичної академії з Військово-медичною академією ім. С.М. Кірова. Були також розформовані військово-медичні факультети при Харківському та 1-му Ленінградському медичних інститутах.

Набувають подальшого розвитку і окремі військово-медичні науки, які до війни не посідали самостійного місця в теорії і практиці медичного забезпечення військ: військово-медична географія, історія військової медицини, військово-медична статистика і кібернетика, військово-медичне постачання.

В окреслений період розвитку медичної служби:

- > значно зросли можливості її військової ланки по своєчасному збору і вивозу поранених з поля бою:
 - були створені умови для більш тісної взаємодії медичної служби частин, з'єднань і об'єднань при наданні пораненим і хворим кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги;
- > зросла рухомість і маневреність засобів медичної служби;
- > скорочена багатоступінчастість у лікувально-евакуаційному процесі;
- > створені необхідні умови для надання одномоментної вичерпної медичної допомоги у спеціалізованих лікувальних закладах;
- > зросли рівень лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у ЗС СРСР, що обумовило подальше зни-

ження захворюваності та працевтрат, покращання основних показників фізичного розвитку та стану здоров'я особового складу військ.

1.3. Становлення та розвиток військової медицини в Україні

Медична допомога в козацькому війську. Історія України XVI-XVII ст. характеризується боротьбою українського народу за свою національну незалежність та самобутність, велику і почесну роль у якій відігравали українські козаки.

Медичну допомогу пораненим і хворим воїнам-козакам надавали здебільшого народні цілителі. Та й самі козаки володіли певними прийомами само- і взаємодопомоги: вміли пускати кров, виривати зуби, накладати лещата при переломах тощо.

Основними методами лікування ран в давнину були "пов'язи" або "об'язи", як їх тоді називали. У подальшому використовувалися й деякі хірургічні втручання: зшивання нитками, трепанації черепа, "оттираніє" (ампутації) кінцівок, "вилущування лохтіїв".

При лікуванні опіків використовувалися лобода і подорожник. Для лікування гнійних ран застосовували хлібну вологу цвіль, а також настої подорожника великого, звіробою звичайного, калгану, родовика лікарського, деревію звичайного тощо.

Давні цілителі були добре знайомі з лікуванням відморожень під час війн. Із цією метою використовувалися ліки, які отримувалися з сировини рослинного або тваринного походження.

Далеким нашим предкам були відомі захворювання зубів та ротової порожнини, які у них називалися "ртяною хворью". Для лікування різних стоматитів використовували мед, який, як тепер відомо, має хороші бактерицидні та ранозаживлюючі властивості.

Серед застережень, про які нагадувалося військовикам, знаходимо й таке: "...печень у мужчин болит после питья излишнего...". Для лікування захворювань печінки запорізькі козаки використовували лікарські рослини, які мають спазмолітичний і жовчогінний вплив: м'яту, полин, ромашку та чистотіл. Ці рослини, як відомо, широко використовуються в медицині й сьогодні.

Про організацію надання медичної допомоги та звичаї запорозьких козаків тих часів знаходимо відомості у праці французького інженера Боплана, який прожив в Україні 17 років. Свої спостереження він опублікував у Парижі в 1650 р.: "Я бачив козаків, які, щоб позбутися лихоманки, розводили в чарці горілки півзаряду пороху, випивали цю суміш, лягали спати і на ранок вставали в доброму стані. Часто бачив я, як козаки, поранені стрілами, при нестачі хірургів самі засипали свої рани невеликою кількістю землі, яку перед цим розтирали на долоні слиною".

Однак було б невірною думати, що в козацькому війську не надавалася ніяка кваліфікована медична допомога.

Під час Визвольної війни українського народу 1648-1654 рр. під проводом Б. Хмельницького майже в кожній сотні були цирульники, при полках - лікарі. З історичних джерел відомі імена лікарів Лук'яна Салтицького, Мартина Родомського, Івана Гладкого, Матвія Таборовського та інших.

З самого початку існування Війська Запорозького його старшина взяла під неослабну увагу проблеми медичного забезпечення козацтва. Зусилля постійно спрямовувалися на те, щоб швидше повертати в стрій поранених і хворих, не допускати поширення епідемій. Особливо чітко, як на умови того часу, ця робота здійснювалася в роки Визвольної війни 1648-1654 років.

У XVI ст. для лікування поранених козаків створюються шпиталі в монастирях.

Перший з них був створений в дубовому лісі на острові між річками Стара і Нова Самара. Там були зведені будівлі та церква. На прохання Січі з Києва в цей шпиталь приїхав ієромонах Паїсій, на якого, окрім духовних обов'язків, покладалося також лікування інвалідів і поранених.

Найбільші шпиталі були в Трахтемирівському та Межигірському монастирях. Лікували в них обізнані в медицині ченці.

З козацького скарбу робилися внески на лікування поранених. Б. Хмельницький навіть подарував Межигірському монастирю містечко Вишгород на знак вдячності за надання допомоги пораненим воякам його війська. До речі, у Межигірському монастирі була велика бібліотека, де серед інших були книги й на латинській мові. В цьому ж монастирі згідно з його студійним статутом обов'язково повинен був бути лікар із запасами ліків.

Що стосується Трахтемирівського монастиря, то, як записано в Конституції Пилипа Орлика, "...монастир Трахтемирів до Запорізького Низового Війська належав і називався його госпіталем для старих збіднілих і скалічених вояків ...з нього їм були харчі, одяг, лікування".

Академік Д.І. Яворницький у переліку архівних справ з історії запорожців з 1625 р. до 1774 р. згадує справу про заснування медичної канцелярії у Січі, про відпуск медикаментів та утримання лікаря.

Отож шпиталі в монастирях були своєрідними першими військовими лікувальними закладами. Окрім священників, медичну допомогу в них надавали цирульники-професіонали.

Велику підтримку мали шпиталі з боку українських православних братств, які почали створюватися з середини XV ст. У 1591 р. Львівське братство заклало великий шпиталь у Львові. У 1629 р. було відкрито шпиталь у Києві. В XVII ст. при багатьох українських військових полках були свої шпиталі.

Варто згадати і про своєрідну діяльність цехів цирульників, які почали з'являтися у XV ст. Такі цехи були у Львові, Києві, Луцьку, Кам'янці-Подільському та інших містах України. Крім гоління, тут навчали надавати

медичну допомогу. Цирульники відіграли неабияку роль у наданні хірургічної допомоги, особливо пораненим у війнах.

Роль українських лікарів у розвитку військової медицини, медичної науки і освіти. У XVIII ст. в Російській державі починає формуватися система вищої медичної освіти, адже проблема підготовки власних лікарів була надто актуальною: зростання кількісного складу армії, збільшення чисельності міського населення і робітників промисловості, загальне епідемічне неблагополуччя країни вимагали належного медичного забезпечення.

Центрами підготовки лікарів стають госпітальні школи - по суті перші вищі навчальні заклади в тогочасній Росії. Госпіталі, при яких вони відкривалися, називались генеральними. Всього було створено шість таких шкіл: у Москві, дві в Петербурзі, у Кронштадті, на Алтаї в Барнаулі, в Єлисаветграді (нині Кіровоград).

Після створення госпітальних шкіл, а також відкриття медико-хірургічних академій в С.-Петербурзі та Москві медична допомога у військах в організаційному і професійному плані набула нового значення і була піднесена на значно вищий якісний рівень.

У процесі організації перших шкіл виникли труднощі з набором учнів, до яких ставилися досить високі вимоги: достатній рівень загальної підготовки і знання латинської мови. Вихід було знайдено в комплектуванні шкіл слухачами духовних навчальних закладів. З середини XVIII ст. велику роль у цій справі починають відігравати Києво-Могилянська академія, а також колегіуми Чернігова, Харкова, Переяслава. В 1754 р. відомий керівник Медичної канцелярії Павло Кондоїді, який протягом певного часу працював в Україні і знав про високі здібності української молоді, особливо клопотався, щоб набір учнів для госпітальних шкіл здійснювався із слухачів цих навчальних закладів.

У 1788 р. госпітальну школу було відкрито в Україні - в Єлисаветграді.

Приводом для створення медико-хірургічної школи при Єлисаветградському госпіталі (побудований замість невеликого гарнізонного госпіталю, заснованого відомим українським лікарем Д.В. Волченецьким) була необхідність медичного забезпечення армії Г.О. Потьомкіна, що діяла на російсько-турецькому фронті. Школа підпорядковувалась безпосередньо Потьомкіну, з 1793р. - О.В. Суворову. Учні для неї набирали переважно з Харківського, Чернігівського та інших українських колегіумів. Серед її викладачів були Є.Й. Мухін (майбутній професор Московського університету, вчитель М.І. Пирогова), Д.В. Волченецький, Є.Ф. Звіряка та ін.

У 1796 р. у зв'язку з припиненням воєнних дій школу було закрито. За дев'ять років свого існування вона дала 153 лікарів та підлікарів для армії і флоту. На момент закриття в ній числилося 95 учнів, з них 50 були готові скласти підлікарські іспити. Вони продовжили навчання в медико-хірургічних училищах Москви й Петербурга.

Велику роль у підготовці кадрів для госпітальних шкіл, або медико-хірургічних училищ, як вони стали називатись пізніше, відіграла Київська академія. Тільки за період 1754-1768 рр. Києво-Могилянська академія відпустила в Росію "для вивчення медико-хірургії та фармації" понад 300 своїх студентів.

Вихованцями Києво-Могилянської академії були майже 740 майбутніх лікарів. Після успішного закінчення медичних шкіл багато з них продовжували навчання і вдосконалювали свої знання в кращих на той час європейських університетах, де захищали докторські дисертації і потім поверталися в Росію.

При цьому за коштами часом доводилося звертатись до приватної ініціативи та благодійності. Так, княгиня Є.Д. Голицина заповіла у 1769 р. великий капітал, на проценти з якого слід було кожні шість років посилати за кордон для вивчення акушерства трьох найбільш обдарованих лікарів. За рахунок процентів з цього капіталу пройшли підготовку М.М. Тереховський, Н.М. Максимович-Амбодик, О.М. Шумлянський.

Внаслідок глибокого вивчення посланцями з Росії, серед яких було багато і наших співвітчизників, досвіду підготовки лікарів у Європі, і була створена вітчизняна система вищої медичної освіти. Її характеризували такі особливості:

- > широка і різнобічна програма теоретичного навчання;
- > клінічний принцип викладання основних медичних дисциплін ("виховання лікаря біля ліжка хворого");
- > викладання студентам одночасно і терапії і хірургії (студенти медичних вузів Європи у той час хірургію не вивчали).

У Києво-Могилянській академії здобували освіту відомі українські лікарі і вчені І.А. Полетика, Н.М. Максимович-Амбодик, П.І. Погорецький, Д.С. Самойлович, М.М. Тереховський, Х.Т. Тихорський, О.М. Шумлянський та ін. Випускником Академії був Петро Чайка, що працював згодом штаб-лікарем у В'ятці (Росія) - дід видатного композитора П.І. Чайковського.

Характерними рисами передових вчених України були патріотизм і відданість своїй Батьківщині. Ось лише кілька характерних прикладів.

Видатний вітчизняний гістолог О.М. Шумлянський 1782 р. у Страсбурзі захищав докторську дисертацію "Про будову нирки", бо в Росії тоді дисертації ще не захищали. На титульному аркуші він написав: "Олександр Шумлянський - Полтаво-Рус". Підкреслюючи свою національну незалежність, Шумлянський прагнув звернути увагу вчених мужів Страсбурзького університету на те, що наука розвивається не тільки в Західній Європі, а й в Україні. Штрих, здавалось би, невеликий, але характерний.

Інший видатний вчений XVIII ст. Д.С. Самойлович, видаючи свої праці у Франції, підкреслював, що публікує їх французькою мовою, щоб французи знали, що у нього на батьківщині теж є наука.

Багато вчених медиків українців другої половини XVIII- першої половини XIX ст. стояли біля витоків формування наукових основ медичної науки, їх імена увійшли в золотий фонд не тільки української та російської, а й світової науки як засновників наукових напрямків і медичних шкіл. Це перш за все Н.М. Максимович-Амбодик (акушерство), Д.С. Самойлович, І.А. Полетика, О.Ф. Шафонський (епідеміологія), О.М. Шумлянський, М.М. Тереховський (морфологія і патологія), П.А. Загорський, І.В. Буяльський (анатомія, хірургія), С.Х. Хотовицький (педіатрія) та ін. На підготовленому за їх участю ґрунті українська та російська медична наука отримала свій подальший розвиток у XIX ст.

Українські лікарі відзначились не тільки на ниві медичної науки і освіти, вони залишили помітний слід також у галузі військової медицини, а деякі з них були на відповідальних посадах у російській армії. Наприклад, С.С. Андрієвський, П.А. Наранович очолювали Петербурзьку медико-хірургічну академію - основний навчальний заклад з підготовки військових лікарів; Н.К. Карпинський був генерал-штаб-доктором сухопутної армії; О.Ф. Звіряка і Д.С. Самойлович - медичними інспекторами Чорноморського флоту; Г.Ф. Соболевський — головним доктором гвардійських полків; І.А. Полетика і Ф.М. Яворський - керівниками сухопутного і адміралтейського госпіталів у Петербурзі; С.М. Митрофанов, К.Ф. Рожалін, Д.В. Волченецький — старшими докторами Київського та Єлисаветградського госпіталів.

Багато українців, що працювали дивізійними і полковими лікарями, зарекомендували себе кваліфікованими фахівцями. Серед них М.С. Крудень, Й.Т. Тимківський, І.В. Руцький, С.О. Леонтович, В.О. Миронович, М.Я. Трохимовський, П.С. Симонтовський, І.Д. Тишевський та ін. В армії Суворова прославився своєю діяльністю Ю.Т. Білопольський, якого полководець називав "искуснейшим штаб-лекарем".

Слід сказати й про те, що першим в Росії лейб-медиком неіноземцем був уродженець Чернігівщини І.К. Каменецький. До складу Медичної колегії входили Х.Т. Тихорський, Н.К. Карпинський, С.С. Андрієвський, Г.І. Базилевич, Д.С. Самойлович, Г.Ф. Соболевський та інші відомі українські лікарі та вчені.

У другій половині XVIII ст. Росія брала участь у багатьох війнах. Становище медичних чинів у Росії і особливо в армії було важким. Лікарі скаржилися на офіцерів, що останні не дають їм можливості виконувати свої функціональні обов'язки. У зв'язку з цим у 1767 р. було видано наказ "О заперещени воинским начальникам употреблять в частные свои услуги полковых лекарей", автором якого був доктор медицини, а з 1779 р. член Медичної колегії і Російської Академії наук, головний лікар Генерального госпіталю, син козака переяславського полку Х.Т. Тихорський. Учнями останнього були відомі українські лікарі С.С. Андрієвський та Д.С. Самойлович.

Серед 34 керівників найпрестижнішого вищого військово-медичного навчального закладу Росії, Радянського Союзу та Російської Федерації - Військово-медичної академії у С.-Петербурзі - 4 вихідці з України: С.С. Андрієвський, П.А. Наранович, А.І. Таранецький, А.Я. Данилевський.

Можливість працювати для своєї держави з'явилася в українській еліті у період УНР (1917-1920 рр.). У цей час головний хірург Київського військового госпіталю, а пізніше - генерал-хорунжий санітарної служби УНР Мартиній Галин підготував і в 1920 р. видав перший "Російсько-український медичний словник", а "Медичний латинсько-український словник" був виданий уже в еміграції в Празі у 1926 р. і перевиданий 1969 р. у Детройті (США). "Російсько-український медичний словник" М. Галина перевиданий у 1995 р. Інститутом української мови НАН України, що свідчить про його непересічну наукову цінність.

В УНР існував департамент охорони здоров'я. Окреме ж міністерство народного здоров'я та опіки було створене за правління гетьмана П.П. Скоропадського. У той час апарат міністерства приділяв велику увагу медико-санітарній опіці над українськими збройними силами, де працювали лікарі М. Галин, В. Совачів, М. Нездіймигора, Ю. Добриловський.

До складу Державної ради здоров'я Секретаріату військових справ УНР як керівник медичної служби Української Галицької армії (УГА) входив полковник А. Бурачинський. Його брат Т. Бурачинський був хірургом австрійського військового госпіталю, а в 1919 р. — лікар-отаман УГА.

Військове звання адмірала Австро-Угорщини мав лікар Я. Окуневський, який був організатором і керівником Української санітарної місії Західно-української Народної республіки (ЗУНР). Лікарем військово-морського флоту Австро-Угорщини був В. Вербенць.

Відомий український вчений-біохімік, професор І.Я. Горбачевський (1854-1942 рр.) був ректором Празького університету, першим міністром охорони здоров'я Австрії (1917-1918 рр.).

Військова медицина в незалежній Україні (1991-2004 рр.). Процес створення, становлення і розвитку української військової медицини впродовж 1991-2004 рр. умовно можна розділити на три етапи.

Перший з них (листопад 1991- листопад 1993 рр.) - це етап підготовки і початку практичного становлення української військової медицини в незалежній державі. Медичну службу Збройних Сил незалежної України, керівним органом якої на той час було Військово-медичне управління (ВМУ) штабу Тилу, очолював генерал-майор Г.В. Циганок, перший генерал медичної служби у нашій державі. Заступником начальника ВМУ був полковник медичної служби Л.М. Павловський.

Головними складовими цього важливого в новітній історії військової медицини України етапу були: усвідомлення необхідності створення в збройних силах нової організаційної структури медичної служби; створення і затвердження концепції реформування медичних військових формувань

колишнього СРСР, що були дислоковані та території України, та опрацювання шляхів практичної реалізації цієї концепції.

Впродовж 1992 р. та першої половини 1993 р. в Україну за власним бажанням повернулася велика група військових лікарів-українців для подальшого проходження військової служби у рідній державі. Відповідні структури ВМУ займалися їх прийомом та підготовкою документів для наступного призначення на відповідні посади.

Першим кроком ВМУ штабу Тилу ЗС України в плані практичного створення української військової медицини було реформування медичної служби трьох військових округів (Київського, Одеського і Прикарпатського) та частин, з'єднань і об'єднань Військово-Повітряних Сил (ВПС), військ Протиповітряної Оборони (ППО), 43 ракетної армії, залізничних військ, військово-будівельних органів та Чорноморського флоту колишнього СРСР у медичну службу ЗС України. Медичні служби зазначених вище військових об'єднань були самостійними одиницями і підпорядковувались начальникам тилу військових округів, а зі спеціальних питань - Центральному військово-медичному управлінню Міністерства оборони СРСР. Постачання медикаментів і медичного майна було повністю централізованим.

На цей же період припадає і початок створення в Україні національної системи військово-медичної освіти і науки: створення організаційного ядра Військово-медичного відділення при Українському державному медичному університеті імені О.О. Богомольця (ВМВ при УДМУ), опрацювання штату ВМВ, методик і технологій навчально-педагогічного процесу, навчальних планів і програм підготовки слухачів, затвердження і введення в дію штату ВМВ, перший набір до ВМВ слухачів (липень-серпень 1993 р.). В організації цієї роботи основну роль відіграли викладачі військових кафедр Київського медичного інституту імені О.О. Богомольця, Київського інституту удосконалення лікарів, а також військові медики - вихідці з України, які проходили службу в різних регіонах колишнього Радянського Союзу і повернулися на Батьківщину. Це генерал-лейтенант медичної служби В.В. Пасько, полковники медичної служби А.О. Буханевич, І.П. Дмитренко, М.Г. Лагус, Б.Є. Лісничий, Б.А. Клішевич, В.І. Осадчук, Ф.І. Панов, В.П. Печиборщ, Я.Ф. Радиш, А.І. Романенко, Ю.Г. Сіренко, Ю.М. Скалецький, В.П. Токарчук, В.М. Гулько, В.В. Солярник, О.І. Заець, В.В. Трохимчук, О.І. Шербак, О.Г. Шекера, В.М. Денисенко, В.Д. Пінчук, В.М. Величко, полковники П.Л. Бауман, І.Т. Нечаєнко, О.П. Шелех, О.Г. Корнієнко та ін.

Роботу по створенню в Україні національної системи освіти і науки очолив кандидат медичних наук, доцент, тоді ще полковник медичної служби В.В. Пасько.

У червні 1992 р. була започаткована підготовка до створення спеціального науково-лікувального і профілактичного закладу - Науково-дослідного Центру професійного здоров'я льотного складу МО України. Його першим

начальником був призначений кандидат медичних наук, полковник медичної служби В.І. Стриженко.

Другим етапом становлення і розвитку військової медицини в Україні був період з листопада 1993 р. по жовтень 1994 р. Медичну службу ЗС України в цей час очолював полковник, а з 9 червня 1994 р. - генерал-майор медичної служби А.Г. Лурін. Заступником начальника управління був полковник медичної служби Л.М. Павловський.

У цей період продовжувався процес утвердження української військової медицини. Головною проблемою, яка вирішувалася у цей час, було перманентне удосконалення організаційної структури військово-медичної служби. З цією метою у травні 1994 р. Військово-медичне управління штабу Тилу ЗС України було реформовано у Центральне військово-медичне управління (ЦВМУ) Тилу ЗС України.

У липні 1994 р. українські військові медики отримали свою емблему - посох Асклепія, обвитий змією і вмонтований у загальновійськову основу емблеми ЗС України — вінок із калинового листя. Авторами даної емблеми були В.В. Пасько, В.П. Печиборщ та Я.Ф. Радиш.

Що стосується військово-медичної освіти і науки, то, по-перше, в цей період розпочалися заходи щодо підготовки ВМВ до переходу у його вищу організаційну структуру - Військово-медичний інститут, а по-друге, Науково-дослідний центр професійного здоров'я льотного складу МО України був переформований з розширенням його функцій на весь особовий склад ЗС України.

У жовтні 1994 р. розпочався третій етап становлення і розвитку української військової медицини.

17 жовтня 1994 р. начальником ЦВМУ Тилу ЗС України було призначено доктора медичних наук, професора, відомого військового хірурга, заслуженого лікаря України, полковника, а з 1 грудня 1994 р. генерал-майора медичної служби В.Я. Білого.

Під його безпосереднім керівництвом розроблена концепція реформування медичної служби Збройних Сил України, в основу якої покладено територіальний принцип організації медичного забезпечення. Значний внесок у становлення медичної служби Збройних Сил України зробили генерал-лейтенант медичної служби В.В. Пасько, генерал-майори медичної служби М.М. Вовкодав, В.В. Вороненко, П.С. Мельник, М.А. Савчук, П.С. Сирота, полковники медичної служби В.А. Баркевич, Я.Г. Бубес, Г.В. Гордієвський, В.О. Жаховський, О.С. Кухленко, А.В. Люцкевич, Л.А. Матвійчук, Л.К. Давидюк, О.С. Мукогоренко, А.В. Нетребко, І.О. Третяк, Л.М. Павловський, І.І. Юрченко та ін.

Відповідно до наказу МО України № 250 від 20.10.94 р. "Про проведення організаційних заходів" ЦВМУ Тилу ЗС України переформоване у Головне військово-медичне управління (ГВМУ) Генерального штабу ЗС України. В апараті Міністра оборони України було сформоване Управління охо-

рони здоров'я військовослужбовців, начальником якого було призначено доктора медичних наук, професора Г.Л. Апанасенка.

4 листопада 1994 р. відповідними наказами МО України заступниками начальника ГВМУ ГШ ЗС України були призначені: першим заступником начальника ГВМУ — начальником лікувально-профілактичного управління (головним терапевтом) - полковник, а з 3 липня 1995 р. генерал-майор медичної служби М.М. Вовкодав; начальником організаційно-планового управління - заступником начальника ГВМУ - кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби В.В. Пасько; начальником управління медичного і матеріально-технічного постачання — заступником начальника ГВМУ - кандидат фармацевтичних наук, полковник медичної служби П.С. Сирота.

Особливістю даного етапу є те, що військова медицина була введена з прямого підпорядкування органам Тилу ЗС України, в результаті чого медичне забезпечення ЗС України сьогодні - це самостійний вид забезпечення військ.

Впродовж цього етапу практично було закінчено реформування медичної служби, яку ЗС України отримали від ЗС колишнього СРСР, і завершено її будівництво як медичної служби ЗС України.

Даний етап розвитку військової медицини в Україні пов'язаний з подальшим реформуванням національної військово-медичної освіти і науки у відповідності до вимог часу та перетворенням її на єдиний навчально-науковий центр військової медицини в державі — Українську військово-медичну академію (УВМА). У складі національного медичного університету ім. О.О. Богомольця створено факультет підготовки лікарів для ЗС України, а при Вінницькому медичному коледжі - військово-медичне відділення, де готують помічників військових лікарів. У складі кафедр екстремальної і військової медицини вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів України функціонують військові предметно-методичні групи з підготовки офіцерів медичної служби запасу.

Начальником УВМА у березні 1996 р. було призначено начальника організаційно-планового управління - заступника начальника ГВМУ ГШ ЗС України полковника, а з 23 серпня 1998 р. генерал-майора медичної служби В.В. Паська; а 4 червня 1996 р. на посаду начальника лікувально-профілактичного управління - заступника начальника ГВМУ було призначено полковника медичної служби О.С. Кухленка.

За цей час відбулася і низка інших організаційних заходів з метою удосконалення організаційно-штатної структури та підвищення ефективності управління військово-медичною службою. Зокрема відповідно до директиви МО України від 18.07.98 р. № 115/1/2743 ГВМУ ГШ ЗС України переформовано у ГВМУ Міністерства оборони України, створена медична служба Північного оперативного командування (ОК) як орган управління, центральні військові госпіталі Південного (Одеса) та Західного (Львів) ОК стали

клінічними, розпочато впровадження територіального принципу медичного забезпечення ЗС України, а "медичне забезпечення" визнано самостійним видом всебічного забезпечення військ.

У цей же період Науково-дослідний центр професійного здоров'я особового складу ЗС України був реформований у Науково-дослідний інститут проблем військової медицини (НДІ ПВМ). Протягом 1996-1997 рр. інститутом керував доктор медичних наук професор Г.Л. Апанасенко, а з 1997 р. цей заклад очолює доктор медичних наук, професор, полковник медичної служби В.І. Варус.

У зазначений період отримано і певні наукові здобутки. Так, молоді науковці в галузі управління військовою медициною обґрунтували організаційно-функціональну структуру та діяльність мобільного комплексу медицини катастроф при надзвичайних ситуаціях (О.Г. Шекера), величину і структуру санітарних втрат військ при руйнуванні хімічно небезпечних об'єктів (М.І. Бадюк), організаційно-штатну структуру військово-лікувального закладу для надання кваліфікованої медичної допомоги (Ф.М. Левченко), організацію роботи та оснащення для підрозділів надання медичної допомоги при масових ураженнях сильнодіючими отруйними речовинами (С.В. Іванов). Питанням наукового обґрунтування основних напрямків реформування системи охорони здоров'я військовослужбовців ЗС України присвячено дисертаційне дослідження М.М. Вовкодава.

У цей час визначились проблеми і зроблені перші спроби обґрунтування головних напрямків реформування системи медичного забезпечення ЗС України на военний час. Продовжувалася активна робота щодо створення загальнодержавної системи медичного забезпечення цивільного населення і військовослужбовців на випадок екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на военний час; значно розширилася робота з налагодження міжнародних зв'язків та активної співпраці з органами управління військовою медициною зарубіжних країн. Опрацьовано і впроваджено в практику низку рекомендацій щодо підвищення ефективності роботи військових лікувальних закладів в нових економічних умовах.

Концепцією розвитку медичної служби ЗС України передбачено створення системи медичного забезпечення у складі трьох управлінських вертикалей: лікувально-профілактичної, санітарно-епідеміологічної, військово-медичного постачання і двох підсистем — підготовки військово-медичних кадрів та наукової і науково-технічної діяльності.

Важливою подією в житті українських військових медиків можна вважати започаткування у 2001 р. видання журналу "Військова медицина України", завданням якого є намір його редакційної колегії *"задовольнити інформаційні потреби широкого кола військово-медичних фахівців Збройних Сил України з усіх напрямків медичного забезпечення військ (си) "*.

Відповідно до основних напрямків реформування Збройних Сил України наприкінці 2003 року Головне військово-медичне управління МО України

було переформоване у Департамент охорони здоров'я МО України, а на посаду директора Департаменту було призначено цивільного фахівця з охорони здоров'я — першого заступника начальника Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення м. Києва ВД. Юрченка.

Черговим поштовхом до розвитку військово-медичної освіти та науки стало удосконалення організаційно-штатної структури Української військово-медичної академії і введення до її штату у 2005 році Науково-дослідного інституту проблем військової медицини та 11-го військового госпіталю як наукової та клінічної функціональних складових.

Військова медицина України і сьогодні продовжує розвиватись, удосконалювати свої організаційні форми і робить свій вагомий внесок у зміцнення обороноздатності Збройних Сил України та підвищення безпеки українського народу.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Назвіть основні етапи виникнення, становлення та розвитку військової медицини.
2. Дайте характеристику військової медицини Російської імперії XVII — початку XX ст.
3. Перерахуйте основні етапи становлення та розвитку військової медицини в Радянському Союзі.
4. Медична служба Червоної Армії 1921-1928 рр.
5. Медична служба Червоної Армії 1929-1938 рр.
6. Медична служба Червоної Армії напередодні Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.
7. Особливості медичного забезпечення Радянської Армії у першому періоді Великої Вітчизняної війни (22 червня 1941 р. - 19 листопада 1942 р.).
8. Медичне забезпечення радянських військ у другому періоді Великої Вітчизняної війни (листопад 1942 р. - грудень 1943 р.).
9. Особливості медичного забезпечення радянських військ у третьому періоді війни (січень 1944 р.-травень 1945 р.).
10. Дайте характеристику управління системою медичного забезпечення радянських військ у роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.
11. Медична служба Збройних Сил СРСР у післявоєнний період (1945—1990 рр.).
12. Етапи становлення та розвитку військової медицини в Україні.
 - Військова медицина в незалежній Україні.

ЗАВДАННЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ У ВОЄННИЙ ЧАС

2.1. Загальні поняття про військову медицину

Військова медицина є специфічною галуззю загальної медицини та охорони здоров'я і становить систему наукових знань (комплекс науково-практичних дисциплін) та напрямок практичної діяльності, що спрямовані на зміцнення здоров'я особового складу збройних сил в особливих умовах проходження військової служби, попередження та лікування захворювань і травм в цих умовах, а на період війни (бойових дій, збройних конфліктів) і бойових уражень, з метою збереження боєздатності військовослужбовців.

Велика медична енциклопедія (ВМЕ, 1980 р., т. 14, стор. 951) визначає військову медицину як теорію і практику охорони здоров'я (медичного забезпечення) збройних сил в умовах мирного та воєнного часу.

Військова медицина об'єднує три основні складові частини:

військово-медичну науку, метою якої є розробка теорії медичного забезпечення збройних сил у різних умовах діяльності мирного та воєнного часу. Теорія охорони здоров'я (медичного забезпечення) збройних сил являє собою сукупність наукових знань про вплив на стан здоров'я військовослужбовців шкідливих умов військової праці, про особливості виникнення та перебігу бойових уражень, захворювань і патологічних станів особового складу військ, їх профілактики і лікування, включаючи принципи і спеціальні (медичні) методи захисту від бойових уражень, а також організацію медичного забезпечення військ в різних умовах мирного і воєнного часу;

військово-медичну практику, метою якої є реалізація системи і методів медичного забезпечення військ в процесі їх повсякденної діяльності як в мирний, так і у воєнний час;

військово-медичну організацію, що є чіткою системою використання сил та засобів медичної служби, які об'єднані в складі збройних сил в регламентовану та оформлену спеціальну організаційну структуру - військово-медичну службу і діють на основі визначених наукових принципів та правил для систематичного і повноцінного медичного забезпечення військ в різних умовах їх діяльності.

Медичне забезпечення військ - це система організаційних, лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних), санітарно-гігієнічних та проти-епідемічних заходів, які проводяться в збройних силах у всіх видах їх бойової і повсякденної діяльності з метою підтримання боєздатності військ (сил) шляхом збереження та зміцнення здоров'я особового складу, надання військовослужбовцям медичної допомоги, їх лікування і швидкого відновлення боєздатності та працездатності після поранень, травм та захворювань.

Теоретичним підґрунтям військової медицини є медична наука. Однак через специфічні умови життя і діяльності військ, особливості бойової патології та захворювань у воєнний час, особливості організаційної структури військ (організовані колективи) та їх бойового застосування неможливо просто перенести до військової медицини положення, принципи, форми та методи цивільної охорони здоров'я. Тому на певній стадії розвитку військової справи й збройних сил виникла потреба винайти такі методи й форми медичного забезпечення, які б найефективніше відповідали організації та способам застосування військ. Ці питання вивчає окрема медична дисципліна «організація медичного забезпечення військ».

Військову медицину вивчають і узагальнюють окремі військово-медичні науки (навчальні дисципліни). До їх числа входять такі основні дисципліни, як: організація медичного забезпечення військ (ОМЗВ); організація медичного забезпечення Повітряних сил Збройних Сил України (ОМЗ ПС ЗСУ); організація медичного забезпечення Військово-морських сил Збройних Сил України (ОМЗ ВМС ЗСУ); військова хірургія з хірургією надзвичайних ситуацій (ВХ); військова терапія з терапією надзвичайних ситуацій (ВТ); військова епідеміологія з епідеміологією надзвичайних ситуацій (ВЕ); військова гігієна з гігієною надзвичайних ситуацій (ВГ); військово-авіаційна гігієна з гігієною при надзвичайних ситуаціях (ВАГ); військово-морська гігієна з гігієною при надзвичайних ситуаціях (ВМГ); військова стоматологія із стоматологією надзвичайних ситуацій (ВСт); військова токсикологія, радіологія та медичний захист (ВТРМЗ); фізіологія військової праці (ФВП); військово-медична статистика; військово-медична географія; організація забезпечення медичним майном тощо.

Всі розділи військової медицини пов'язані між собою загальною метою, яка полягає в тому, щоб визначити найефективніші і зручні для широкого застосування у військово-медичній практиці прийоми і способи профілактичної та лікувальної роботи. Загальними для різних розділів військової медицини є умови, в яких здійснюється медичне забезпечення військ і відбувається повсякденна діяльність військово-медичної служби: вид, характер бойових дій, величина і структура санітарних втрат особового складу військ (сил), загальні принципи застосування сил і засобів медичної служби та інші фактори. Разом з там, кожен з розділів військової медицини, як й медицини взагалі, має свій певний об'єкт наукових досліджень, свої часткові цілі та методи його вивчення і практичного застосування в системі медичного забезпечення військ.

2.2. Організація медичного забезпечення військ як наукова дисципліна, її формування, розвиток, зміст. Методи дослідження. Розвиток організаційних форм медичного забезпечення військ

Організація медичного забезпечення військ як наукова дисципліна.

Організація медичного забезпечення військ (ОМЗВ) - це прикладна наукова

дисципліна, яка вивчає теорію і практику охорони здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України у воєнний час.

Для практичного виконання свого призначення цей розділ військової медицини:

- > вивчає досвід медичного забезпечення збройних сил і умови діяльності медичної служби у воєнний час;
- > аналізує бойові умови та фактори, які діють на війська з метою ліквідації або попередження їх шкідливого впливу в інтересах охорони і зміцнення здоров'я особового складу Збройних Сил;
- > формулює рекомендації щодо створення раціональної, ефективної системи охорони здоров'я військовослужбовців відповідно до даного етапу розвитку медицини, військової справи та економічного потенціалу держави;
- > виявляє закономірності, що визначають принципові основи будівництва військово-медичної служби та організації медичного забезпечення військ (сил);
- > визначає та реалізує найбільш ефективні форми і методи використання та способи управління силами і засобами військово-медичної служби в різних умовах бойової діяльності.

Серед військово-медичних наук ОМЗВ найбільш щільно поєднана з ВХ, ВТ, ВЕ, ВГ, ВСт, управлінням повсякденною діяльністю медичної служби (розробляє принципові положення ОМЗВ мирного часу), з історією військової медицини (вивчає досвід роботи військово-медичної служби минулих часів), з військово-медичною географією (вивчає географічні та кліматичні умови діяльності військово-медичної служби), з організацією забезпечення військ медичним майном тощо.

Організація медичного забезпечення військ є головною частиною військової медицини і складається з 4-х основних розділів:

1. Загальні основи організації медичного забезпечення військ.
2. Організація медичного забезпечення частин і з'єднань.
3. Основи організації медичного забезпечення оперативних об'єднань.
4. Основи організації медичного забезпечення видів Збройних Сил України та армій іноземних держав.

Предметом організації медичного забезпечення військ, як наукової дисципліни, є вивчення окремих об'єктів медичної служби. Ними можуть бути сили і засоби медичної служби (органи управління, військові частини, заклади та підрозділи), особовий склад Збройних Сил України - здорові, хворі та поранені військовослужбовці, а також навколишнє середовище (конкретні умови життєдіяльності особового складу збройних сил, в яких він існує).

Об'єктом наукових досліджень організації медичного забезпечення військ є система охорони здоров'я військовослужбовців у воєнний час.

В об'єктах дослідження даної дисципліни вивчаються три найважливіші аспекти життєдіяльності військовослужбовців:

- > соціально-медичний (стан здоров'я, рівень та структура захворюваності особового складу (призовного контингенту), організація та управління рухом поранених і хворих через етапи медичної евакуації на основі визначення їх лікувально-евакуаційних характеристик);
- > військово-медичний (сили і засоби медичної служби, організація та управління ними в різних умовах і видах бойової діяльності);
- > власне соціальний (суспільний лад, соціально-економічна та політична структура держави, її правова та економічна база, соціальні фактори — умови праці, відпочинку, житла, освіта військовослужбовців та інше).

Власне соціальний аспект в об'єктах дослідження є провідним в організації медичного забезпечення військ. У цілому рівень розвитку економіки держави за відповідних соціально-економічних та політичних умов визначає стан розвитку медичної науки і техніки, які безпосередньо впливають на форми і методи медичного забезпечення військ. Підвищення рівня розвитку зазначених чинників сприяє удосконаленню організації медичного забезпечення і тим самим зростанню ролі організаційних заходів у системі медичного забезпечення військ.

Практичне втілення власне соціального аспекту в об'єктах дослідження організації медичного забезпечення військ як науки підтверджує розвиток її організаційних форм (організаційної структури сил та засобів медичної служби). Про це стверджують історичні матеріали (від царєвого "Указа ратних пушечных и других дел, касающихся до военной науки" (1607-1621 рр.), через введення "штатних медицинских чинов" в стрілецьких полках та заснування першого "гофшпиталю для лечения больных людей" у Москві в 1707 р. до сьогодення).

Метою дослідження даної дисципліни є виявлення закономірностей, які визначають організацію медичного забезпечення військ (сил), шляхом вивчення та аналізу досвіду медичного забезпечення військ в минулих війнах, умов діяльності медичної служби збройних сил в різних умовах бойової обстановки на сучасному етапі їх розвитку. На основі досвіду і виявлених закономірностей розробляються найбільш доцільні та ефективні форми й методи організації медичного забезпечення військ, що відповідають сучасному розвитку воєнної науки, медицини й економіки.

Методи дослідження. Організація медичного забезпечення військ, як і інші наукові дисципліни, має свої методи дослідження. Основними із них є: історичний, експериментальний, натурного спостереження, статистичний, експертних оцінок, економічний та логічний.

Історичний метод узагальнює досвід медичного забезпечення військ в минулих війнах, а також досліджує стан охорони здоров'я військовослужбовців в збройних силах на різних етапах історії людства шляхом вивчення та критичного аналізу літературних джерел, архівних матеріалів, досвіду медичного забезпечення в країнах близького (Російська Федерація, Молдова, Білорусь) та далекого (Німеччина, Франція, Великобританія, США та

інші), зарубіжжя а також власного досвіду медичного забезпечення миротворчих операцій.

Експериментальний метод вивчає організаційні питання медичного забезпечення військ і способи використання сил і засобів медичної служби в штучно створених умовах максимально наближених до реальної діяльності медичної служби на війні: навчання та маневри військ, військово-медичні навчання на картах (місцевості) з використанням реальних засобів медичного обладнання та оснащення, командно-штабні навчання з використанням засобів зв'язку, математичне моделювання досліджуваних процесів з використанням електронно-обчислювальної техніки. Сучасні програмні засоби забезпечують створення зручних для користувачів (та відносно дешевих) імітаційних моделей всіх видів медичного забезпечення військ та діяльності медичних підрозділів, частин, закладів. Це суттєво допомагає у створенні автоматизованих засобів прийняття управлінських рішень, автоматизації управління взагалі, проведенні прогностичних розрахунків величини та структури санітарних втрат, визначенні потреби та оцінці можливостей сил і засобів медичної служби. На сучасному етапі розбудови Збройних Сил України та їх медичної служби цей метод є найбільш раціональним і оптимальним, тому що дозволяє проводити наукові дослідження на рівні сучасних вимог без значних фінансових витрат.

Метод натурального спостереження. Об'єктами дослідження є здорові та хворі військовослужбовці, об'єкти зовнішнього середовища. Дослідження проводяться за допомогою великої кількості санітарно-гігієнічних методик. Метод застосовується безпосередньо до об'єкту дослідження. Ніякі моделі його не можуть замінити.

Статистичний метод дає можливість встановити і об'єктивно оцінити зміни, які проходять в стані здоров'я військовослужбовців, вивчити діяльність підрозділів і частин з питань лікувально-профілактичного (лікувально-евакуаційного) та протиепідемічного забезпечення військ та на їх основі визначити ефективність діяльності підрозділів, частин і закладів медичної служби Збройних Сил України.

Останнім часом стверджується і оформлюється як окремий метод дослідження організації медичного забезпечення військ – **метод економічних досліджень**. Він включає в себе систему маркетингу та менеджменту військової медицини і дозволяє досягти оптимальної, з точки зору економічних можливостей держави і її збройних сил, доцільності в створенні системи медичного забезпечення військ. Метод економічних досліджень потребує ґрунтовної підготовки фахівців на різних посадових рівнях з економічних, маркетингових питань, а також удосконалення управлінської діяльності (менеджменту).

Метод експертних оцінок – один із соціологічних методів досліджень. Застосовується разом з іншими науковими методами. При цьому за допомогою рішень спеціально відібраної групи експертів-фахівців вивчається визначений для дослідження предмет. Зазначений метод використовується

при наукових розробках принципових питань організації медичного забезпечення військ.

Логічний метод є обов'язковою складовою частиною наукових досліджень. Він вміщує в себе елементи логіки, формальної логіки, індукції та дедукції, які взаємно доповнюють метод і дають йому нові грані визначення у вигляді аксіоми чи теорії наукового дослідження.

Розвиток організаційних форм медичного забезпечення військ. Розвиток організаційної структури медичної служби та способів її застосування під час воєнних дій підлягає тим же закономірностям, що визначають розвиток військової медицини взагалі.

Відомо, що збройні сили є основою та гарантом державності багатьох країн світу відповідно до їх воєнно-політичної та воєнно-стратегічної доктрини. Загальнополітичний устрій держави визначає рівні керівництва, механізми управління, функції збройних сил як на мирний, так і воєнний час. Відношення органів влади до збройних сил, місце останніх в соціально-політичній структурі держави, статус військовослужбовців у суспільстві, законодавчо визначений порядок взаємовідношень (ступінь інтеграції) військових формувань та цивільних організацій на особливий період по різному впливають на організаційні форми медичного забезпечення військ. Ступінь і якість медичного забезпечення військ (сил) також залежить від дотримання норм міжнародного гуманітарного права, інструкцій, директив, міжнародних домовленостей.

Так, після розпаду Радянського Союзу й проголошення в 1991 році незалежності, Україна успадкувала одне з найбільш потужних угруповань військ у Європі, оснащене ядерною зброєю та в цілому відносно сучасними зразками звичайного озброєння та військової техніки. З перших днів самостійного існування України поряд із загальним процесом державотворення одним з основних завдань країни стало будівництво власних збройних сил. Останні пройшли шлях еволюції від безсистемної сукупності окремих фрагментів військової машини колишнього СРСР до цілісної боездатної структури. В основу процесу створення власного війська було закладено політичне рішення керівництва України стосовно без'ядерного й позаблокового статусу держави. В перші роки незалежності Україна здійснила ядерне роззброєння. Вперше в історії людства держава добровільно відмовилася від володіння ядерною зброєю.

У розвинених країнах світу концептуальним, базовим і регламентуючим документом державного рівня щодо ролі й місця військової медицини у мирний і воєнний час є Військово-медична доктрина. Так, у російсько-радянській військово-медичній традиції Доктрина є основним науково-практичним документом непрямої дії, який для своєї практичної реалізації потребує низки додаткових керівних документів. Фахівці НАТО під Доктриною розуміють політику і концепцію планування медичного забезпечення військ. Військово-медична доктрина НАТО підпорядкована виконанню

головного завдання Збройних Сил Альянсу в XXI ст., яке полягає не так у проведенні бойових операцій, як у здійсненні миротворчих, гуманітарних місій та участі в ліквідації катастроф. В Збройних Силах України Військово-медична доктрина — це сукупність науково обґрунтованих принципів, єдиних організаційних вимог і професійно-технологічних стандартів військової медицини, спрямованих на зміцнення здоров'я, збереження і підвищення боєздатності особового складу, на збереження життя, запобігання інвалідності та якомога швидше повернення до строю чи трудової діяльності максимальної кількості поранених і хворих, а також на досягнення максимальної ефективності всієї системи медичного забезпечення збройних сил.

Економічний потенціал держави має як опосередкований, так і безпосередній вплив на організаційні форми медичного забезпечення збройних сил. Розвиток загальної технічної оснащеності військ (сил), впровадження нових видів озброєння, комунікацій викликають зміни в організації збройних сил, характері бойових дій, умовах бое- та життєдіяльності особового складу, що певним чином визначає відповідні зміни в медичній службі як складовій військового організму.

Так, застосування сучасної вогнепальної зброї під час воєнних конфліктів змусило військових медиків відмовитись від надання медичної допомоги пораненим і хворим поблизу зони бойових дій через загрозу їх вторинного ураження, виведення з ладу медичного персоналу чи втрати обладнання. Виникла потреба в систематичній медичній евакуації поранених і хворих в тил та розчленуванні медичної допомоги відповідно до можливостей різних ланок медичної служби, розгорнутих на певних відстанях від поля бою.

Технічний прогрес, впровадження нових видів транспорту - спочатку залізничного, автомобільного, а потім і авіаційного — дозволили значно покращити можливості медичної евакуації, зменшити кількість її етапів, скоротити терміни надання медичної допомоги пораненим і хворим. Стало можливим розгортати лікувальні заклади на безпечній відстані від лінії фронту поза межами їх досягання засобами ураження противника.

Винахід зброї масового ураження та засобів її доставки на будь-які відстані викликали можливість виникнення осередків масових санітарних втрат серед особового складу військ. Це змусило військово-медичну службу відповідним чином змінити організаційну структуру, переглянути своє оснащення, способи застосування медичних сил і засобів.

Рівень економічного розвитку держави безпосередньо впливає на можливість військово-медичної служби через її здатність накопичувати, утримувати і зосереджувати медичні ресурси в районі бойових дій, через зміни матеріально-технічної бази медичної служби, загального та професійного рівня освіти медичного персоналу. Успішне та тривале виконання завдань медичного забезпечення військ залежить від якості функціонування загальної системи медичної комунікації, автоматизації проведення необхідних розрахунків при аналізі обстановки та плануванні медичного забезпечення

військ, забезпеченості медичних підрозділів, частин і закладів медичним майном і технікою, своєчасності їх відновлення і ремонту, наявності крові.

Удосконалення організаційної структури збройних сил, оснащення військ все більш потужною та різноманітною зброєю з новими вражаючими властивостями, повна механізація військових формувань змінюють способи ведення бойових дій. Цей процес розвитку військової справи в свою чергу ускладнює організацію медичного забезпечення військ (сил). Медична служба може ефективно виконувати свої основні функції тільки при адекватних організаційних змінах відповідно до зростаючої мобільності військ, збільшеної маневреності бойових дій. Забезпечення своєчасності, безперервності й послідовності в проведенні лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів досягається оснащенням медичних підрозділів, частин і закладів сучасним обладнанням, підвищенням їх мобільності, компактності, застосуванням нових медичних технологій, препаратів, одноразового інструментарію та ін. Матеріально-технічне забезпечення медичних підрозділів удосконалюється в напрямку можливості організації їх роботи "з ходу", під час короткотермінових зупинок з незначним часом на розгортання. Промисловістю розробляються і надходять на постачання військово-медичних формувань автоперев'язочні, автоопераційні, автолабораторії, пересувні стоматологічні й рентгенівські кабінети на автомобілях, медичні літаки (вертольоти) з реанімаційним обладнанням.

Розробка військовими фахівцями повітряно-наземних і космічно-наземних оперативно-стратегічних операцій, наявність на озброєнні авіаційних і ракетних засобів доставки як ядерної, так і звичайної зброї масового ураження, техніки аерокосмічної розвідки різко підвищують вимоги до загальної боєготовності збройних сил. Готовність медичної служби полягає в спроможності підтримувати стан медичних ресурсів на рівні, що дозволяє зберігати здоров'я особового складу збройних сил тривалий час. Це включає спроможність сил і засобів медичної служби до відмобілізування, своєчасного висування та розгортання. Швидкість відмобілізування медичної служби полегшується в разі максимального використання автомобільних, повітряних та морських засобів для її перевезення та модулювання елементів системи медичного забезпечення. Ці засоби будуть також дуже важливими для евакуації поранених і хворих з театру воєнних дій.

Розвиток медицини і всієї системи охорони здоров'я в державі має безперечний вплив на військово-медичну службу. Передові медичні технології завжди пронизували всю систему медичного забезпечення, збільшуючи вже існуючі можливості і забезпечуючи досягнення доцільного рівня охорони здоров'я військовослужбовців для даного етапу розвитку медицини. Так, виникнення бактеріології, розвиток антисептики, винахід антибіотиків і удосконалення засобів знеболювання створили сприятливі умови для подальшого розвитку військово-польової хірургії. Збагачення військової медицини новими методами діагностики, лікування, більш досконалою лікарсь-

кою технікою відкрили нові можливості в лікуванні бойових уражень і пошкоджень. Виникла потреба у створенні і розробці питань з організації роботи в польових умовах перев'язочних і операційних з дотриманням правил асептики та антисептики, реанімаційних та протишокових палат, госпітальних палат для тяжкохворих та післяопераційного догляду прооперованих, діагностичних лабораторій та фізіотерапевтичних кабінетів.

У сучасній військовій медицині все ширше використовуються технології молекулярної біології, системи сучасного фізіологічного та психологічного моніторингу військовослужбовців, сучасні наземні та повітряні засоби евакуації з підвищеними можливостями медичної допомоги під час руху, комп'ютерні засоби та штучний інтелект. Застосування систем комунікації та електронного обладнання дозволяє ефективно управляти підрозділами, частинами й закладами медичної служби, забезпечувати можливості телемедицини. Впровадження технологій телемедицини у військово-медичну практику дозволяє своєчасно використовувати будь якого медичного фахівця в системі медичного забезпечення військ (сил), поширює вплив медичних професіоналів щодо проведення медичної експертизи, починаючи з поля бою. Ці технології облегшують збір поранених, забезпечують санітара доступом до порад та керівництва лікаря, в тому числі, лікаря вузької спеціалізації, який може знаходитись далеко від місця бойових дій в тилу або у військових госпіталях.

У цілому розвиток медичної науки та охорони здоров'я дозволяє безперервно удосконалювати форми і методи медичного забезпечення військ (сил), при цьому відповідно ускладнюючи його організацію. Це в свою чергу підвищує роль організаційних заходів в системі медичного забезпечення військ (сил).

Організація медичного забезпечення військ безпосередньо впливає на кількісні і якісні показники діяльності медичної служби щодо збереження і відновлення здоров'я особового складу: індекс здоров'я, захворюваність, інвалідизація, повернення у стрій, демобілізація із збройних сил, летальність. Організація медичного забезпечення військ одним з факторів, який визначає зміст і обсяг профілактичних, лікувальних та евакуаційних заходів медичної служби.

2.3. Основні завдання медичної служби Збройних Сил України у воєнний час, їх зміст і значення. Умови діяльності медичної служби та їх вплив на організацію медичного забезпечення військ

Основні завдання медичної служби Збройних Сил України у воєнний час, їх зміст і значення. Діяльність медичної служби підпорядкована інтересам збройних сил і спрямована на підтримання їх боєздатності і боєготовності на відповідному рівні шляхом збереження, зміцнення і відновлення здоров'я особового складу військ. Вирішення цього головного за-

вдання досягається виконанням ряду часткових завдань, зміст і спосіб вирішення яких може змінюватись залежно від розвитку збройних сил, суспільно-політичного ладу держави, її економічного стану, військової справи, медицини та охорони здоров'я.

Основні завдання медичної служби на воєнний час сформульовані вже давно, протягом півстоліття, але зміст їх залишається незмінним і тільки деталізується та доповнюється залежно від зміни умов діяльності медичної служби.

Сучасні бойові дії військ характеризуються рішучістю, високою маневреністю та напруженістю, швидкими і різкими змінами обстановки, веденням їх на землі та в повітрі, на широкому фронті, на велику глибину і у високому темпі. В сучасній війні на діяльність медичної служби суттєво впливає можливість одномоментного виникнення масових санітарних втрат як по всій глибині побудови бойового порядку військ, так і в тилу (центрі) країни. Умови воєнного часу погіршують санітарно-епідемічний стан населення, військ і районів бойових дій, що може викликати епідемічні спалахи різних інфекційних захворювань.

Застосування засобів радіоелектронної боротьби, порушення постійних комунікацій створюють значні складнощі в управлінні силами і засобами медичної служби, в здійсненні медичного постачання та організації медичної евакуації. Наведене доводить, що в умовах сучасної війни (збройному конфлікті) медична служба буде виконувати завдання у виключно складній обстановці.

Перед медичною службою Збройних Сил України на воєнний час стоять наступні *основні завдання*, від вирішення яких залежить успіх медичного забезпечення в цілому.

1. Організація та проведення системи заходів з надання медичної допомоги пораненим та хворим, їх лікування з метою збереження життя та скорішого відновлення боєздатності і працездатності. Форми та методи реалізації цього завдання залежать від прийнятої системи лікувально-евакуаційного та лікувально-профілактичного забезпечення військ на воєнний час. Традиційно для аналізу ефективності організації роботи медичної служби використовують такі показники, як кількість поранених, що загинули на полі бою без надання медичної допомоги; летальність серед поранених та хворих, що надійшли на етапи медичної евакуації; своєчасність надання їм медичної допомоги; число поранених та хворих, яких повернули у стрій чи звільнили за небоєздатністю.

Так, особливе значення для успішного виконання зазначеного завдання медичної служби набуває час і якість надання медичної допомоги та швидкість евакуації постраждалих для надання медичної допомоги й подальшого лікування. Зволікання з наданням медичної допомоги приводить до збільшення раневих ускладнень (особливо шоку) і навіть до загибелі частини поранених і хворих.

Досвід Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. показав, що з числа поранених, які вмерли на полі бою, далеко не всі мали поранення несумісні з життям. Так, за даними В.А. Б'ялика, у загиблих на полі бою від поранень кінцівок за більшістю випадків (73,8%) мали місце "умовно смертельні" поранення, тобто поранення, які не виключали збереження життя в особливо сприятливих умовах, при своєчасному наданні першої медичної допомоги та ранньому виносі їх з поля бою до медичних підрозділів. Більше того, в 26,2% випадків мали місце поранення кінцівок, які за характером пошкоджень та їх локалізацією були не смертельні. Ці поранення ставали смертельними в силу несвоєчасного надання першої медичної допомоги. Відомі військові медики М.М. Гурвич, М.І. Завалшин, Є.О. Семека, В.А. Б'ялик підкреслювали, що серед загиблих на полі бою 10% загинули від зовнішньої кровотечі, інші автори (А.І. Васильєв, М.Ф. Глазунов) також вказували, що серед вбитих тільки 50% мали травми несумісні з життям, інші загинули від кровотечі та шоку.

Починаючи з 5-6 год. після поранення, незалежно від якості кваліфікованої хірургічної допомоги, що надається, інтенсивність збільшення смертності та інвалідності й кількість тих, що не повертаються у стрій, зростає (рис. 2.1).

Важливе завдання медичної служби - зниження летальності при наданні медичної допомоги та лікування поранених і хворих (рис 2.2).

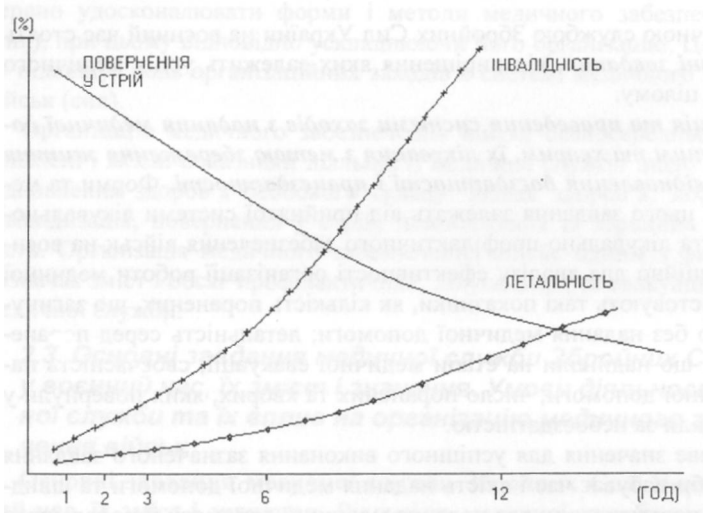


Рис. 2.1. Залежність результатів лікування від строків надання кваліфікованої медичної допомоги

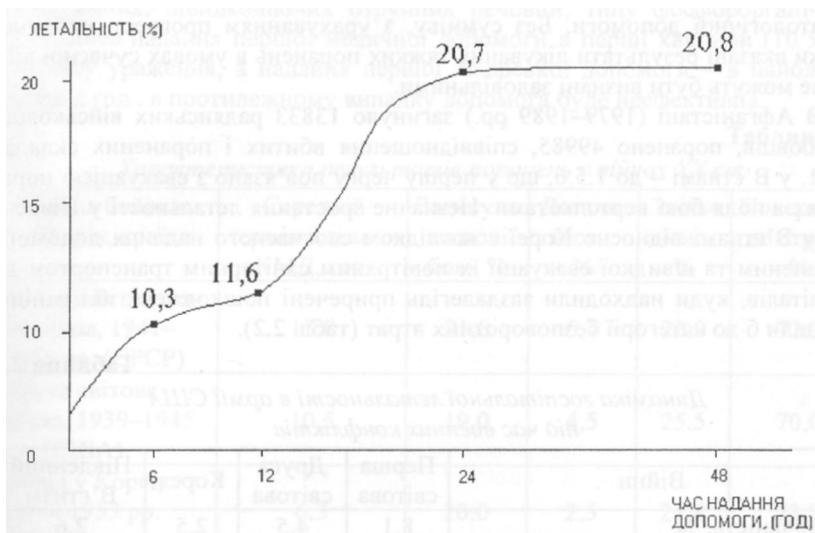


Рис. 2.2. Залежність летальності від строків надання кваліфікованої хірургічної допомоги

Оцінюючи в цілому позитивно організацію хірургічної допомоги за роки Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. (повернення у стрій 72,3% поранених), не можна не враховувати, що при лікуванні поранень деяких локалізацій відмічалися дуже високі показники летальності та інвалідності порівняно з іншими війнами (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Летальні результати лікування залежно від локалізації поранень у відсотках до загальної кількості тих, що лікувалися

Локалізація поранення	Велика Вітчизняна війна 1941-1945 рр. (СРСР)	В'єтнам 1964-1973 рр. (США)	Афганістан 1980-1984 рр. (СРСР)
Голова, шия, хребет	51,3	39,0	10,3
Груди	43,5	19,3	19,6
Череву	63,0	17,9	32,2
Таз	46,5	16,1	3,3
Верхні кінцівки	3,4	0,9	0,2
Нижні кінцівки	23,6	6,8	1,9

Такі результати лікування поранень під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. пояснюються як тяжкістю пошкоджень життєво важливих органів та систем, так й запізніними строками операцій, недосконалими ме-

тодами діагностики та лікування, недосконалістю анестезіологічної та реаніматологічної допомоги. Без сумніву, з урахуванням прогресу медичної науки вказані результати лікування тяжких поранень в умовах сучасної війни не можуть бути визнані задовільними.

В Афганістані (1979-1989 рр.) загинуло 13833 радянських військовослужбовців, поранено 49985, співвідношення вбитих і поранених складає 1:3,1, у В'єтнамі - до 1:5,6, що у першу чергу пов'язано з евакуацією поранених з поля бою вертольотами. Незначне зростання летальності у Південному В'єтнамі відносно Кореї є наслідком своєчасного надання допомоги пораненим та швидкої евакуації їх повітряним санітарним транспортом до госпіталів, куди надходили заздалегідь приречені пошкоджені, які раніше ввійшли б до категорії безповоротних втрат (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

*Динаміка госпітальної летальності в армії США
під час воєнних конфліктів*

Війни	Перша світова	Друга світова	Корея	Південний В'єтнамі
Летальність, %	8,1	4,5	2,5	2,6
Співвідношення вбитих і поранених	-	1: 3,1	1:4,1	1: 5,6

Значне зниження летальності при тяжких вогнепальних травмах свідчить про ефективність сучасних методів лікування. Це підтверджується результатами лікування вогнепальних поранень у В'єтнамі, на Близькому Сході, під час війни в Афганістані (1979-1989 рр.): летальність у середньому складала 3,6%, повернено у стрій 80,3% поранених та 80% хворих від числа тих, що лікувалися. Довід роботи медичної служби Радянської Армії в Афганістані також доводить, що існуюча система лікувально-евакуаційного забезпечення бойових дій військ була раціональною, відповідала рівню медичної науки та практики на той час і була досить ефективною, що підтверджується результатами лікування поранених (табл. 2.3).

Максимальне скорочення термінів надання кваліфікованої хірургічної допомоги усім категоріям поранених, застосування ефективних засобів знеболювання та протишокової терапії, масивних переливань крові, використання антибіотиків широкого спектру дії, починаючи з поля бою, дозволили медикам під час локальних конфліктів останніх десятиріч значно покращити результати лікування.

Критично оцінюючи такі високі результати лікування поранених у локальних війнах, слід підкреслити, що вони досягнуті завдяки впровадженню у практику нових методів та засобів лікування поранених у ранні строки та у максимальному обсязі, що, безперечно, є прогресивним.

У сучасних умовах завдання збереження життя, відмовлення боєздатності поранених і хворих, їх скоріше повернення в стрій або до праці в народному господарстві набуває ще більшого значення. Так, застосування висо-

котоксичних, швидкодіючих отруйних речовин, типу фосфорорганічних, вимагають надання першої медичної допомоги в перші хвилини (10 хв.) з моменту ураження, а надання першої лікарської допомоги - в найближчі перші 2 год., в протилежному випадку допомога буде неефективна.

Таблиця 2.3

Характеристика результатів поранень у війнах ХХ ст.

Період бойових дій, рік, країна	Середній термін надання К М Д год.	Загинуло на полі бою, %	Детальність, %	Звільнено, %	Повернено до строю, %
Велика Вітчизняна війна, 1941-1945 рр. (СРСР)	13,8	21,0	5,7	22,0	72,3
Друга світова війна, 1939-1945 рр. (США)	10,5	19,0	4,5	25,5	70,0
Війна у Кореї, 1950-1953 рр. (США)	6,3	20,0	2,5	23,8	73,7
Війна у В'єтнамі, 1964-1973 рр. (США)	2,3	14,0	2,5	16,1	81,4
Війна в Афганістані, 1979-1989 рр. (СРСР)	6,1	19,5	4,4	13,6	82,0
Чеченська Республіка, 1994-1996 рр. (Росія)	-	-	1,5	11,4	87,1
Чеченська Республіка, 1999-2000 рр. (Росія)	-	-	1,5	9,0	89,5

Крім відновлення боєздатності пораненим і хворим та повернення їх у стрій, медична служба повинна прагнути до скорішого відновлення працездатності тих поранених і хворих, які за тяжкістю та характером свого поранення (захворювання) підлягають звільненню з армії.

Відновлювальне лікування займає одно з важливіших місць в загальному комплексі завдань, які вирішує медична служба та має загальнодержавне значення. Використання вилікованих поранених і хворих в народному господарстві підвищує воєнно-економічний потенціал держави. Якщо у війнах ХІХ ст. для забезпечення діючої армії всім необхідним було достатньо, щоби на одного військовослужбовця на фронті працювала 1 особа в тилу, то вже в період Другої світової війни для цього потрібна була праця 5-8 осіб.

У сучасних умовах потреба в матеріальних засобах для забезпечення фронту незмірно зростає. Наприклад, одного льотчика в небі в сучасних умовах забезпечує праця 30 осіб на землі. Тому відновлення працездатності уражених і хворих через максимальне зниження інвалідності серед них має велике загальнодержавне значення і є виключно важливим завданням медичної служби.

2. Організація і здійснення медичних заходів з метою збереження боєздатності, зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню захворювань.

Зазначений напрямок роботи складається з проведення медичною службою:

- > систематичного медичного контролю за станом здоров'я особового складу;
- > санітарного нагляду за всіма сторонами життя, побуту та бойової діяльності військ (сил);
- > санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

У сучасних умовах у зв'язку з оснащенням збройних сил складною і різноманітною автоматизованою технікою докорінно змінилися умови військової праці та побуту особового складу. Нові умови обумовили появу цілою рядом факторів, що впливають на військовослужбовців (шуми, вібрація, перепади атмосферного тиску та температури, зміна повітряного середовища, іонізуюче випромінювання, електромагнітні поля надвисокочастотного діапазону та ін.).

Досвід показує, що вказані фактори, будучи різними за інтенсивністю та ступенем впливу на особовий склад, якщо не приймати необхідних заходів профілактики, здатні викликати складні несприятливі патологічні зміни в організмі і значно знижувати його функціональні можливості та боєздатність.

Перед медичною службою поставлене завдання детального вивчення особливостей впливу сучасної бойової техніки і озброєння на особовий склад, своєчасної розробки науково обгрунтованих рекомендацій щодо попередження виникнення несприятливих умов праці та їх наслідків, знаходження найбільш оптимальних режимів експлуатації різноманітних зразків військової техніки.

Особливо актуальними на період бойових дій є санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи. Історичний досвід свідчить, що періоди війн та воєнних конфліктів супроводжуються, як правило, виникненням обмежених спалахів або масових епідемій інфекційних хвороб при суттєвій варіабельності структури захворюваності та кількості летальних результатів. Інфекційна захворюваність серед санітарних втрат у діючій армії завжди займала одне із перших місць після бойової патології. Так, за даними окремих авторів, санітарні втрати інфекційними хворими в період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. склали майже 34 %, а під час війни в Афганістані 1979-1989 рр. збільшилися до 78 % від загальних санітарних втрат військ,

тобто число інфекційних хворих серед військовослужбовців у 3-4 рази перевищувало число поранених. За роки Другої світової війни в американських військах у Європі втрати від інфекційних хвороб були у 4 рази вищі, ніж від поранень; під час війни у В'єтнамі 1965-1974 рр. - у 5 разів, в Кореї 1950-1953 рр. - у 6-8 разів. У військах Великобританії під час війни у тропічних країнах співвідношення числа інфекційних хвороб до числа поранених коливалося від 13:1 до 70:1.

У загальній структурі захворюваності особового складу радянських військ в Афганістані на інфекційні хвороби припадало 68,7%, при цьому на вірусний гепатит - 40,8%, тифо-паратифозні інфекції - 10,1%, малярію - 3,2%, амєбіаз - 3,0%. У структурі власне інфекційної захворюваності суттєве місце займають кишкові інфекції: черевний тиф, паратифи А та В, дизентерія, холера тощо. Так, під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. захворюваність кишковими інфекціями складала 25,0—30,0%, під час війни в Афганістані - 54,0-78,0%.

Таким чином, епідемічне благополуччя військ (сил) може підтримуватись тільки при наявності ефективної системи санітарно-гігієнічних і протиєпідемічних заходів.

3. Проведення заходів щодо захисту особового складу військ, медичних підрозділів, частин і закладів від зброї масового ураження та вражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів атомної та хімічної промисловості.

Не дивлячись на те, що Україна проголосила без'ядерний статус, багато країн світу ще зберігають досить потужний ядерний потенціал. Окрім того, ведуться розробки нових сучасних видів зброї (нейтронна зброя, зброя об'ємного вибуху, лазерна зброя, зброя з використанням інфрачервоного та надвисокочастотного випромінювання тощо). Питання захисту особового складу від зазначених видів зброї вивчені ще не достатньо. Населення України становить близько 1% всього людства світу, на її території переробляється до 5% загальної кількості світових мінеральних речовин, а навантаження контамінантів на довкілля вище ніж у країнах Західної Європи в 3,2 рази та в 6,2 рази - ніж у США. В Україні нараховується понад 1500 різних підприємств, які використовують чи зберігають високотоксичні промислові речовини. Основну кількість (до 95%) з них складають об'єкти, що містять аміак і хлор. Крім того, цілодобово залізницями України транспортується майже 15000 одиниць рухомого складу з отруйними речовинами.

Таким чином, при наявності на території України великої кількості хімічних підприємств у поєднанні з високою аварійністю галузі в цілому, існує реальна загроза виникнення широкомасштабних осередків хімічного зараження та масового ураження населення. Вплив сильнодіючих отруйних речовин на населення та особовий склад військ можливий не тільки під час аварій при їх виробництві, зберіганні або транспортуванні, а, особливо у воєнний час, при руйнуванні противником об'єктів хімічної, нафтопереробної,

целюлозно-паперової та інших галузей виробництва, сховищ, потужних холодильних установок і водоочисних споруд, газо- та продуктопроводів, транспортних засобів, що обслуговують ці галузі і об'єкти. Отже, наслідком проведення воєнних дій навіть звичайними засобами в умовах руйнування радіаційно- і хімічно небезпечних об'єктів може бути одномоментне виникнення значних санітарних втрат військ. Шляхом застосування спеціальних медичних засобів медична служба повинна попередити або максимально послабити вражаючу дію зазначених факторів на особовий склад військ (сил), а також запобігти повторному ураженню поранених і хворих на етапах медичної евакуації.

Заходи медичної служби по захисту особового складу від зброї масового ураження та уражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів поділяються на дві частини: до їх застосування та після їх застосування.

Заходи медичної служби по захисту особового складу військ від зброї масового ураження до її застосування включають:

- > забезпечення особового складу військ спеціальними медичними препаратами та індивідуальними засобами захисту;
- > навчання особового складу військ правилам і прийомам використання індивідуальних засобів захисту при наданні першої медичної допомоги;
- > участь у психологічній підготовці особового складу військ до дій в умовах застосування противником зброї масового ураження;
- > проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження або зниження уражаючої дії зброї масового ураження на особовий склад;
- > виділення сил і засобів медичної служби для участі в ліквідації наслідків застосування противником зброї масового ураження.

Заходи медичної служби після застосування противником зброї масового ураження включають:

- > участь в оцінці наслідків застосування противником зброї масового ураження;
- > участь у проведенні лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в осередках ураження;
- > медичний контроль за військовослужбовцями, які зазнали впливу зброї масового ураження, але зберегли боєздатність.

4. Постійне удосконалення системи медичного забезпечення на основі глибокого аналізу характеру підготовки і ведення бойових дій, особливостей виникнення, характеру і перебігу бойових уражень та захворювань, досягнень медичної науки і практики, досвіду роботи медичної служби в бойових умовах.

Відомо, що в мирний час медична служба всебічно готується до роботи в бойових умовах. Але, без сумніву, наші знання про медичні аспекти май-

бугньої війни не можуть вважатися вичерпними. Ми пам'ятаємо ті суттєві корективи, які довелось внести в систему медичного забезпечення Радянської Армії на початку Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. Ю.І. Смирнов з цього приводу писав: "У перший період Великої Вітчизняної війни нам довелось різко і "з ходу" змінити раніше намічений лікувально-евакуаційний план і привести його у відповідність до умов бойової обстановки, до умов мобільної оборони".

На сьогодні в Україні створена надійна основа і реальна база для розвитку військово-медичної науки та освіти, для глибокого наукового аналізу і удосконалення системи медичного забезпечення Збройних Сил України на мирний і воєнний часи.

Необхідно відмітити, що медична служба у воєнний час також організує і проводить:

- > забезпечення підрозділів, частин і закладів табельним медичним майном і технікою;
- > мобілізаційну роботу та бойову підготовку підрозділів, частин, закладів медичної служби;
- > військово-медичну підготовку, пропаганду гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового складу військ (сил), поранених і хворих, що знаходяться на етапах медичної евакуації тощо.

Такий короткий зміст і значення основних завдань медичної служби Збройних Сил України на воєнний час. Наведені завдання вказують на основні напрямки діяльності медичної служби, з яких складається медичне забезпечення військ (сил) у цілому.

Умови діяльності медичної служби та їх вплив на організацію медичного забезпечення військ. Досвід минулого свідчить, що діяльність військово-медичної служби і організація медичного забезпечення військ у діючій армії під час війни проходять в умовах, які різко відрізняються від тих, в яких працює медична служба в мирний час. У зв'язку з цим форми і методи роботи медичної служби в бойових умовах здійснюються відповідно до конкретних умов обстановки.

Основними умовами діяльності медичної служби у воєнний час є:

по-перше, несподіваність нападу, тобто спосіб розв'язання війни, при несподіваному нападі медична служба перебуває в найбільш несприятливих умовах, оскільки вона повинна відновити свою боєздатність (втрати), прийняти участь в ліквідації наслідків нападу, організувати медичне забезпечення бойових дій;

по-друге, виникнення втрат на суші, в морі, в глибокому тилу вимагає від медичної служби високої бойової готовності, маневреності і взаємозамінності її формувань, а також чіткої взаємодії;

по-третє, нерівномірність і одномоментність виникнення санітарних втрат різко збільшить їх невідповідність, особливо на початку війни, з наяв-

ними силами та засобами медичної служби, тобто, як правило, потреб буде багато, а сил мало;

четверта умова — одномоментне виникнення масових санітарних втрат навіть без застосування ядерної та хімічної зброї. Застосування сучасних засобів ураження (високоточної зброї, боеприпасів вибухової дії, об'ємного вибуху, касетних боеприпасів), безперервне удосконалення авіаційної, артилерійської, мінної та стрілецької зброї і здатність гарантовано уражати цією зброєю цілі на всю глибину оперативної побудови військ обумовлюють значне зростання втрат від звичайної зброї. За результатами досліджень при веденні бойових дій без застосування зброї масового ураження середньодобові санітарні втрати військ оперативного об'єднання під час сучасної оборонної операції можуть скласти від 0,8% до 3,4% чисельності особового складу. При цьому санітарні втрати військ будуть характеризуватися нерівномірністю виникнення в оперативних об'єднаннях, на операційних напрямках, та часом їх виникнення. У сучасній оборонній операції у зв'язку з проведенням противником повітряно-наземної операції значні санітарні втрати будуть нести й війська другого ешелону оперативної побудови військ об'єднання, їх частка може складати від 35 до 40% загальних санітарних втрат об'єднання;

по-п'яте, похідно-бойові умови, які характеризуються надзвичайно великою мінливістю, непередбаченими ситуаціями (загроза полону, знищення підрозділу, частини або закладу, радіоактивне або хімічне забруднення території тощо), а також різноманітністю умов місцевості (ліс, гори, бездоріжжя тощо), порою року, метеорологічними факторами (спека, холод, дощ, сніг тощо). Похідно-бойові обставини значно ускладнюють не тільки роботу підрозділів, а й умови розміщення особового складу медичної служби, поранених і хворих на етапах медичної евакуації. Військово-польова медицина має ще й таке визначення - "гарна медицина в поганих умовах". Мається на увазі важлива вимога до медичної допомоги пораненим на війні: повноцінне використання в бойовій обстановці досягнень клінічної медицини мирного часу;

шоста умова, яка впливає на організацію медичного забезпечення військ, - це загроза виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань в діючій армії, чому сприяє зосередження значної кількості військ на обмеженій території і її забруднення, міграція цивільного населення, погіршення його матеріально-побутових умов, а також можливість використання противником біологічної (бактеріологічної) зброї;

сьомою умовою, яка відрізняє умови діяльності медичної служби на війні, є особливості структури уражень та пошкоджень, перебігу бойової патології, патогенезу і клініки бойових уражень та захворювань. Це влучно підмітив свого часу М.І. Пирогов: "Травма вражає цілий організм значно глибше і більше, ніж про це мають уяву. І тіло, і душа пораненого набагато сприйнятливіші до страждань різного роду". В сучасних операціях із засто-

суванням тільки звичайної зброї серед санітарних втрат очікується різке зростання питомої ваги тяжких і дуже тяжких уражень механо-термічного та контузійного характеру, включаючи ураження паренхіматозних та інших внутрішніх органів, особливо від боєприпасів об'ємного вибуху. Так, санітарні втрати особового складу від боєприпасів з об'ємно-детонуючою сумішшю можуть за тяжкістю характеризуватися наступною структурою: поранення легкого ступеня - 45,0%, середнього ступеня тяжкості - 40,0%, тяжкі - 10,0% та дуже тяжкі - 5,0%. Частка комбінованих поранень складатиме до 20,0%. Американські фахівці вважають, що в сучасних військових конфліктах тяжкопоранені складатимуть 15,0-25,0% від загальної кількості поранених. Досвід Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. і локальної війни в Афганістані (1979-1989 рр.) показує велику різницю в перебігу поранень і захворювань мирного та воєнного часу (ускладнення анаеробною та гнійною інфекціями, масивні пошкодження тіла — відриви, розриви, роздавлювання тощо), більша частота шоккових станів, виникнення специфічних "воєнних" хвороб ("траншейна ступня" тощо), що приводить до збільшення терміну лікування, підвищення рівня летальності, смертності та інвалідизації військовослужбовців;

восьма особливість, яка визначає умови діяльності медичної служби, є небезпека ураження підрозділів і частин медичної служби бойовими засобами противника. Так, аналіз медичного забезпечення бойових дій в період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. свідчить, що особливо значними були загальні втрати серед середнього та молодшого медичного персоналу (фельдшери, санінструктори, санітари підрозділів тощо), табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Безповоротні втрати лікарського складу і середнього медичного персоналу в період Великої Вітчизняної війни (1941—1945 рр.), осіб

Категорія медичного складу	Вбито	Пропало безвісти	Померли від ран і захворювань	Всього
Лікарі	2368	3058	798	6224
Середній та молодший медичний персонал	5746	4650	1255	11651
ВСЬОГО	8114	7708	2053	17875

Необхідною умовою виконання завдань, які поставлені перед медичною службою, є тісна взаємодія з іншими службами і родами військ. В сучасній війні неможливо організувати медичне забезпечення без допомоги органів тилу всіма видами забезпечення, без залучення до цього залізничного, автомобільного, водного і повітряного транспорту. При організації захисту підрозділів, частин від зброї масового ураження неможливо обійтись без допомоги інженерної та хімічної служб. На сучасному етапі розвитку орга-

нізаційних форм медичного забезпечення збройних сил в своїй практичній діяльності як у мирний, так і у воєнний час, військово-медична служба повинна бути тісно пов'язана з органами цивільної охорони здоров'я, з Міністерством України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків чорнобильської катастрофи, з медичною службою інших силових міністерств та відомств України.

2.4. Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України. Поняття про підрозділи, частини і заклади медичної служби. Категорії особового складу медичної служби

Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України. Медична служба Збройних Сил України представляє собою спеціальну організацію, яка включає медичні підрозділи, частини, заклади, з'єднання і органи управління, призначені для медичного забезпечення військ (сил) в мирний та воєнний час.

Організаційно-штатна структура медичної служби залежить від організаційної структури, завдань і характеру бойових дій, виду збройних сил, особливостей його медичного забезпечення, а також від завдань, які покладаються на відповідні формування медичної служби.

Підрозділи медичної служби — це медичні формування, які включені до штату військових частин. До них відносяться медичні пункти батальйонів і окремих полків, медичні роти механізованих (танкових) бригад. Медичні підрозділи складають основу військової ланки медичної служби. В них здійснюється надання долікарської, першої лікарської і невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги. Очолюють і працюють в медичних підрозділах фельдшери, помічники лікарів, лікарі загальної практики-сімейної медицини, а також лікарі за фахом — хірурги, терапевти, анестезіологи і т. д.

Частини (заклади) медичної служби є окремими (самостійними) медичними формуваннями, які включаються до складу медичних з'єднань і медичної служби оперативних (оперативно-стратегічних) об'єднань або знаходяться в безпосередньому підпорядкуванні медичної служби видів збройних сил, оперативних командувань та центру (Департаменту охорони здоров'я Міністерства оборони України). Вони мають свій номер, своє військово-господарство і печатку. До таких формувань відносять окремі медичні роти, санітарно-транспортні частини, військові польові пересувні госпіталі, військові санаторії, санітарно-епідеміологічні заклади, заклади медичного постачання, військово-медичні навчальні заклади тощо. Очолюють медичні частини командири, а заклади — начальники. Всі керівники зазначених медичних формувань є офіцерами медичної служби.

З'єднання медичної служби - це медичні формування, до складу яких входять медичні частини (заклади), а також частини матеріально-технічного

забезпечення, які мають свій єдиний орган управління. До них відносяться: медичні бригади армійських корпусів, госпітальні бази.

Загальне керівництво військово-медичною службою здійснює Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України (ДОЗ МОУ). ДОЗ МОУ підпорядкований безпосередньо заступнику Міністра оборони України. Очолює ДОЗ МОУ - директор Департаменту охорони здоров'я МОУ.

У воєнний час ДОЗ МОУ є провідним органом управління системи медичного забезпечення ЗС України і здійснює планування і безпосередню організацію медичного забезпечення стратегічних операцій через Центральне управління медичним забезпеченням (ЦУМЗ) ЗС України. У мирний час ДОЗ МОУ відповідно до вказівок Першого заступника Міністра оборони України здійснює стратегічне і загальне планування бойової та мобілізаційної готовності медичної служби ЗС України, контролює роботу з означених питань в оперативних командуваннях і видах ЗС, здійснює взаємодію з управліннями Міністерства оборони і ГШ ЗС, міністерствами і відомствами України.

Медична служба ЗС України складається з: ДОЗ МОУ як органу управління; санітарно-епідеміологічної служби, яка має власну управлінську вертикаль; медичної служби видів збройних сил; медичної служби оперативних командувань; медичних частин і закладів безпосереднього підпорядкування (рис. 2.3).

Для організації і проведення заходів щодо медичного забезпечення військ у безпосередньому підпорядкуванні ДОЗ МОУ передбачені органи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням на регіональному і територіальному рівнях; пересувні госпітальні бази, лікувально-профілактичні і санітарно-епідемічні заклади, органи військово-лікарської і судово-медичної експертизи, військово-медичні склади і бази, санітарно-транспортні частини, військово-медичні навчальні заклади і науково-дослідні заклади безпосереднього підпорядкування. Керівництво медичною службою з'єднань і частин Військово-Морських Сил, Сил Повітряної оборони здійснюють відповідні начальники медичних служб.

До медичних частин і закладів безпосереднього підпорядкування належать: Київський військово-медичний центр, Українська військово-медична академія, Науково-дослідний інститут проблем військової медицини, Центральна патологоанатомічна лабораторія, Центр судових експертиз, Центральна військово-лікарська комісія, центральні медичні склади, військові санаторії тощо. На воєнний час додатково відмобілізуються органи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням військ (сил): розпорядчі і місцеві евакуаційні пункти; санітарно-транспортні частини: автомобільні санітарні батальйони, військово-санітарні потяги та летючки авіаційні санітарно-транспортні ескадрильї тощо.

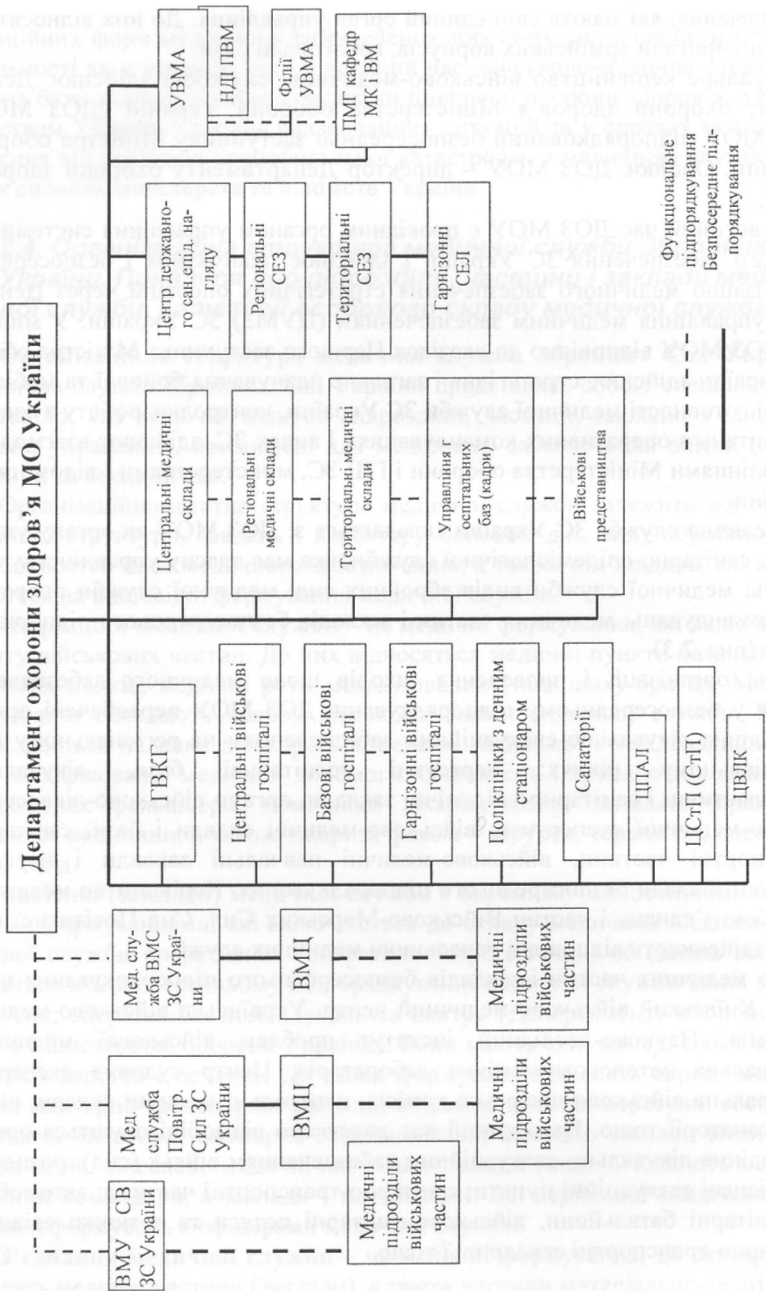


Рис. 2.3. Структура медичної служби ЗС України

Управління силами і засобами медичної служби Західного та Південного ОК здійснюють начальники військово-медичних управлінь оперативних командувань. Зазначені посадові особи є прямими начальниками всієї медичної служби відповідних оперативних командувань. При цьому зазначені начальники мають спеціальний орган управління - військово-медичне управління, в складі якого передбачені посади головних спеціалістів з основних розділів військової медицини - хірурга, терапевта, токсиколога-радіолога та ін.

У безпосередньому підпорядкуванні військово-медичних управлінь оперативних командувань знаходяться органи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням на воєнний час: евакуаційні пункти оперативних командувань, управління пересувних госпітальних баз; лікувально-профілактичні заклади: військово-медичні центри (ВМЦ), базові і гарнізонні військові госпіталі (БВГ, ГВГ), військові санаторії (ВС); спеціальні медичні частини й заклади: військово-лікарські комісії (ВЛК), патологоанатомічні лабораторії (ПАЛ), судово-медичні лабораторії (СМЛ), медичні склади (МС). За допомогою вказаних сил і засобів начальник військово-медичного управління організує і виконує заходи з медичного забезпечення військ. Із спеціальних питань начальнику військово-медичного управління оперативного командування підпорядковані начальники військово-медичних відділів армійських корпусів і начальники медичних служб з'єднань та частин оперативного командування.

Органом управління медичної служби оперативного об'єднання (армійського корпусу) є військово-медичний відділ. До корпусних сил і засобів медичної служби відносяться власне корпусні сили і засоби, підпорядковані безпосередньо начальнику військово-медичного відділу корпусу, зокрема це медична бригада армійського корпусу.

Медична служба військового об'єднання (армійського корпусу) складається з усіх штатних медичних сил і засобів як безпосереднього корпусного підпорядкування, так і військових частин, підрозділів. Організація медичної служби зазначених формувань залежить від завдань військ, їх штатної чисельності та умов розташування. Механізовані і танкові бригади Сухопутних військ мають медичні роти, окремі полки і батальйони - медичні пункти. В роті за штатом утримується санітарний інструктор, у взводі - стрілець-санітар. Сили і засоби медичної служби бригад і окремих частин у сукупності складають військову ланку медичної служби.

Важливою вимогою до організаційної побудови медичної служби є взаємозаміна окремих її підрозділів і частин, що забезпечується наявністю однотипних формувань (наприклад, окремі медичні роти і ВППГ). Це забезпечує підвищення живучості системи медичного забезпечення військ.

У сучасних умовах питання найбільш доцільної організаційної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби, найраціональніше їх використання набуває особливої гостроти. Тому другою важливою вимогою

до організаційної структури медичної служби є створення можливостей для підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок вищої. Це, так званий, "маневр з глибини". В такому випадку відбувається концентрація достатньої кількості сил та засобів медичної служби в руках вищого начальника і централізованого їх використання в інтересах всієї підлеглої служби. З цією метою передбачені пересувні підрозділи, наприклад, групи медичного підсилення у медичній бригаді армійського корпусу, підрозділи санітарного транспорту, пересувні санітарно-епідеміологічні лабораторії і т. ін., які можуть бути спрямовані до тих частин, де штатні сили і засоби медичної служби не справляються з обсягом роботи, яка виникла у конкретній обстановці.

Категорії особового складу медичної служби. Категоріями особового складу військово-медичної служби визначені:

1. Лікарський склад (лікарі). Лікарські посади комплектуються кадровими військовими лікарями та лікарями-офіцерами медичної служби запасу, які в основному призиваються до складу збройних сил під час війни. Військові лікарі, які працюють у складі медичної служби бригад та окремих частин, як правило, є лікарями загальної практики-сімейної медицини. Серед лікарських посад в медичній службі оперативних об'єднань (АК) є лікарі різних фахів: хірурги, терапевти, стоматологи, анестезіологи-реаніматологи, неврологи, гігієністи, епідеміологи, токсикологи-радіологи, бактеріологи та інші (понад 60 спеціальностей). Кожен військовий лікар повинен: бути готовим організувати й особисто надавати відповідний вид медичної допомоги залежно від місця її надання, устаткування та бойової обстановки; мати тверді навички з управління медичною службою і керівництва медичними підрозділами, частинами, закладами. Особливе значення для ефективного управління медичною службою набуває підготовка, перепідготовка та постійне удосконалення керівного медичного складу — лікарів, які займають посади від начальника медичної служби частини і вище.

2. Середній медичний персонал. Призначений для комплектування штатних посад середнього медичного персоналу. До них належать помічники військових лікарів, фельдшери, медичні та операційні сестри, фармацевти, анестезисти, лаборанти, тощо. На ці посади призначаються особи, які мають медичну освіту за освітньо-кваліфікаційним рівнем бакалавр, молодший спеціаліст і задовольняють вимоги комплектування (по договору, контракту або шляхом призову на військову службу) збройних сил.

3. Молодший медичний персонал. На посади молодшого медичного персоналу призначаються в основному особи строкової (надстрокової) служби з освітньо-кваліфікаційним рівнем кваліфікований робітник і які отримали підготовку в спеціальних підрозділах (санітарні інструктори, дезінфектори) або не мають спеціальної медичної підготовки (санітари).

Особам офіцерського складу, прапорщикам (мічманам) та кожному медичному працівнику, що перебувають на службі у збройних силах чи в за-

пасі, присвоюється персональне військове звання. Для військовослужбовців військово-медичної служби встановлені наступні військові звання:

- > сержантський склад - молодший сержант, сержант, старший сержант, старшина;
- > прапорщики (мічмани) - прапорщик (мічман), старший прапорщик (старший мічман);
- > молодший офіцерський склад - молодший лейтенант медичної служби, лейтенант медичної служби, старший лейтенант медичної служби, капітан медичної служби;
- > старший офіцерський склад - майор медичної служби, підполковник медичної служби, полковник медичної служби;
- > вищий офіцерський склад - генерал майор медичної служби, генерал-лейтенант медичної служби.

2.5. Роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час

На день створення ЗС України і протягом перших років їх існування військово-медична служба (як її функціональна складова) на воєнний час була фактично фрагментом військово-медичної служби ЗС СРСР і була спрямована на організацію медичного забезпечення військ у можливій третій світовій війні. Головними її положеннями були:

- > орієнтація на наступальну війну великих масштабів і на великих просторах;
- > ігнорування потреб цивільного населення у медичній допомозі, фактично необмежене використання ресурсів цивільної охорони здоров'я як людських, так і матеріальних, які залучалися для медичного забезпечення ЗС.

Прямим наслідком таких застарілих і неадекватних умов України, як незалежної держави, підходів був відомчий підхід в єдиній системі військової медицини, наявність самостійних органів управління медичною службою, медичними частинами і закладами у військових формуваннях різних міністерств та відомств і, фактично, автономне їх функціонування. Другим негативним фактором була недостатня скоординованість дій між органами медичного забезпечення ЗС та силових міністерств і відомств, з одного боку, і Міністерством охорони здоров'я України — з іншого. Відмобілізування значних сил і засобів цивільної медицини в інтересах військово-медичної служби за вимогами відомчого підходу фактично руйнувало систему медичного забезпечення цивільного населення. Так, у воєнний час підлягали мобілізації 63% лікарів-хірургів, а за окремими спеціальностями цей показник сягав 83-85% (нейрохірургів, торакальних хірургів).

Для вирішення вищезазначених проблем у 1995 році була проведена спільна колегія Міністерства оборони і Міністерства охорони здоров'я України. На основі матеріалів колегії Кабінет Міністрів України прийняв

Постанову від 16 жовтня 1995 р. № 819 "Про взаємодію медичних служб ЗС та інших військових формувань України із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини". У Постанові вперше визначено принципи положення взаємодії системи цивільної охорони здоров'я з медичними формуваннями силових міністерств та відомств України під час екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час. Спільна участь у створенні загальнодержавної системи екстремальної медицини (медицини катастроф) є першим і основним інтеграційним напрямком.

За вимогами зазначеної вище Постанови та спільних наказів Міністра охорони здоров'я (МОЗ) України та МО України від 15.12.1995 р. № 233/332 і від 18.07.1996 р. № 215/202 у вищих медичних навчальних закладах України передбачено створення кафедр екстремальної і військової медицини, на які покладається навчання всіх студентів, інтернів і курсантів питанням організації медичного забезпечення населення у надзвичайних ситуаціях мирного та воєнного часу, чим створено підґрунтя для підготовки відповідних медичних фахівців.

З прийняттям Основного Закону (Конституції) України розпочався новий етап інтеграційних процесів. Відповідно до статті 37 Основ законодавства України про охорону здоров'я та з метою створення єдиної державної системи медичної допомоги на випадок екстремальних ситуацій на території України Постановою Кабінету Міністрів України від 14 квітня 1997 року № 343 створена Державна служба медицини катастроф (ДСМК). Цією Постановою визначені організаційні принципи побудови системи медицини катастроф в Україні — централізованої державної служби, яка функціонально об'єднує медичні сили і засоби МОЗ України, МО України та інших міністерств і відомств.

Швидке відновлення здоров'я постраждалих, повернення працездатності, максимальне зниження показників інвалідності та смертності в умовах екстремальних ситуацій силами та засобами тільки цивільної охорони здоров'я неможливе. Для досягнення зазначеної мети та підвищення якості надання населенню екстреної медичної допомоги при виникненні екстремальних ситуацій (стихійне лихо, катастрофи, аварії, масові отруєння, епідемії, епізоотії, радіаційне, бактеріологічне і хімічне забруднення території тощо) у Державну службу медицини катастроф інтегрована військово-медична служба ЗС України.

Відповідно до вимог Постанови Кабінету Міністрів визначені як структурно-функціональні принципи побудови органів управління, так і відповідні медичні сили і засоби для виконання поставлених завдань. У період становлення ДСМК для проведення ефективного управління та координації дій медичних сил і засобів різних міністерств утворені центральна та територіальні координаційні комісії, до складу яких включені представники військово-медичної служби за територіальним принципом.

Наказом МОЗ України від 20 листопада 1997 р. № 334 за погодженням з МО України у склад медичних сил і засобів територіального рівня ДСМК визначені сили і засоби військово-медичної служби: Головний військовий клінічний госпіталь (ГВКГ) МО України, де сформовані 4 позаштатні спеціалізовані бригади постійної готовності (нейрохірургічна, комбустіологічна, токсикологічна і реанімаційна) з виділенням 100 ліжок хірургічного і 50 ліжок терапевтичного профілів та 386 військовий госпіталь Сімферополя з виділенням 50 хірургічних, 50 травматологічних, 50 токсикологічних і 20 комбустіологічних ліжок постійної готовності.

Окрім вищезазначеного, директивою Генерального штабу (ГШ) ЗС України від 20 червня 1996 року № ДГШ-21 визначені сили і засоби військово-медичної служби (пересувні загони медицини катастроф та позаштатні пересувні лікарсько-сестринські бригади), які формуються додатково в Центральному військовому клінічному госпіталі (ЦВКХ) ПівДЮК (Одеса), ЦВКГ ЗахОК (Львів), 384 військовому госпіталі (ВГ) (Харків), 385 ВГ (Дніпропетровськ), 762 ВГ (Біла Церква), 376 ВГ (Чернівці). Пересувні лікарсько-сестринські бригади утворені в окремих військових частинах. У гарнізонних, базових госпітальях, військових санаторіях сформовані бригади для надання кваліфікованої медичної допомоги (по 1-2 на кожен військово-медичний заклад).

Метою використання зазначених сил та засобів є насамперед медичне забезпечення частин і підрозділів ЗС України, що залучаються до усунення наслідків надзвичайних ситуацій та надання медичної допомоги цивільному населенню в осередках масового ураження.

Другим основним напрямком інтеграції медичної служби ЗС України та лікувально-профілактичних закладів МОЗ України є спільна участь у виконанні вимог постанови Кабінету Міністрів від 30 листопада 1998 року, де визначені лікувальні заклади системи МОЗ України, що братимуть участь у наданні медичної допомоги на военний час.

Постановою передбачається створення територіальних госпітальних баз (ТерГБ) МОЗ України, які братимуть участь у наданні медичної допомоги в особливий період. Для цього МОЗ України виділяє відповідну кількість лікувальних закладів. Керівним складом військово-медичної служби відпрацьовані керівні документи, які введені в дію наказами МО України та МОЗ України. Серед них "Положення про територіальні госпітальні бази МОЗ України", "Інструкція щодо відмобілізування територіальних госпітальних баз", "Положення про органи управління територіальних госпітальних баз".

ТерГБ МОЗ України призначені для надання у военний час пораненим та хворим військовослужбовцям і населенню відповідної території кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та реабілітації і оперативному й стратегічному тилу, а в мирний час — у випадку введення надзвичайного стану або виникнення надзвичайної ситуації.

ТерГБ організуються на базі лікувальних закладів МОЗ України, МОЗ Автономної республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та військових госпіталів, санаторіїв МО України, які розташовані в межах однієї області.

На ТерГБ покладаються наступні основні завдання:

- > прийом, медичне сортування поранених і хворих, їх розподіл по лікувальних закладах (територіальних госпіталях) ТерГБ, розміщення та реєстрація;
- > надання пораненим і хворим кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та реабілітація до повного одужання;
- > проведення пораненим і хворим військово-лікарської та медико-соціальної експертизи;
- > матеріальне забезпечення та побутове обслуговування поранених і хворих.

До складу територіальної госпітальної бази входять управління терГБ, лікувальні заклади МО України, територіальні госпіталі та підрозділи забезпечення.

Для керівництва територіальними госпітальними базами в особливий період створюються: у МОЗ України - Головне управління з керівництва ТерГБ; у МОЗ Автономної республіки Крим, в управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міст Києва та Севастополя — управління ТерГБ. Кількість лікувальних закладів, які входять до складу кожної ТерГБ, буде різною і залежатиме від кількості та місткості лікувальних закладів конкретної області, її географічного розташування в межах території України тощо. Територіальні госпіталі формуються за рахунок медичного персоналу, фондів та інфраструктури забезпечення лікувальних закладів МОЗ України у складі:

- > територіального хірургічного госпіталю;
- > територіального травматологічного госпіталю;
- > територіального нейрохірургічного госпіталю;
- > територіального психоневрологічного госпіталю;
- > територіального торакоабдомінального госпіталю;
- > територіального терапевтичного госпіталю (центру реабілітації).

Вони повинні утримуватись у постійній готовності до виконання завдань відповідно до їх призначення. Кожному лікувальному закладу (територіальному госпіталю) надається відповідний номер, він має свою печатку і штамп. Відповідальність за укомплектування особовим складом, автомобільним транспортом, матеріально-технічними, медичними засобами, підтримання мобілізаційної готовності лікувальних закладів ТерГБ покладено на МОЗ України; МО України здійснює контроль за мобілізаційною підготовкою їх органів управління та лікувальних закладів.

Отже, на сьогодні практично розроблено підвалини та нормативно-правову базу для організації тісної взаємодії цивільної системи надання ме-

дичної допомоги і систем медичного забезпечення військових формувань та створення "єдиного медичного простору" на воєнний час.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Загальні поняття про військову медицину, її основні складові.
2. Організація медичного забезпечення військ як наукова дисципліна, її основні розділи.
3. Методи дослідження, які має організація медичного забезпечення військ, як наукова дисципліна, їх коротка характеристика.
4. Основні завдання медичної служби Збройних Сил України у воєнний час, їх зміст та значення.
5. Умови діяльності медичної служби та їх вплив на організацію медичного забезпечення військ.
6. Організаційна структура медичної служби Збройних Сил України.
7. Поняття про підрозділи, частини і заклади медичної служби.
8. Категорії особового складу медичної служби.
9. Роль і місце медичної служби в загальнодержавній системі надання медичної допомоги у воєнний час.

СУЧАСНІ ВИДИ ЗБРОЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВЕЛИЧИНУ/ СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

Аналіз практики міжнародних відносин переконує, що воєнна сила і сьогодні ще має репутацію дозволеного інструмента зовнішньої і внутрішньої політики багатьох держав. Згідно власної воєнної доктрини сьогодні Україна не вбачає імовірного противника в жодній із країн світу. Але, як свідчать літературні джерела, воєнна загроза для України існує.

Наявність на озброєнні сучасних армій різноманітних засобів збройної боротьби, збільшення їх можливостей, обумовлюють складний, високоманевровий та винищувальний характер бойових дій. Велика напруженість, рішучість, значний просторовий розмах військових дій можуть значно збільшити величину санітарних втрат не тільки військ, а й цивільного населення. Знищення арсеналів ядерної та хімічної зброї не зменшує імовірності виникнення осередків масового ураження людей через руйнування потенційно небезпечних об'єктів (атомні електростанції, хімічні підприємства, гідроелектростанції тощо).

Крім зазначеного, багато країн ведуть розробки щодо удосконалення звичайних видів зброї: високоточної зброї, боеприпасів об'ємного вибуху і створення нових, незвичайних видів зброї, таких як: радіологічна, радіочастотна, інфразвукова, геофізична, генетична зброя тощо.

На думку фахівців, вишенаведене спричинить не тільки збільшення величини та ускладнення структури санітарних втрат, а й збільшення серед них частки смертельно поранених.

3.1. Поняття про загальні втрати особового складу військ. Визначення і класифікація санітарних втрат, їх характеристика

Усі втрати особового складу військ (сил), які виникли за час бойових дій, називають загальними втратами. Вони поділяються на втрати безповоротні та санітарні, рис. 3.1. Безповоротні втрати — це втрати, що включають вбитих, тих, хто пропав без вісти, а також тих, хто потрапив у полон. До санітарних втрат відносять поранених різними видами зброї та хворих, які втратили боєздатність (працездатність) не менш ніж на добу, надійшли на етапи медичної евакуації (медичні пункти, медичні роти чи в лікувальні заклади), були там зареєстровані й отримали лікарську допомогу.

У Великій Вітчизняній війні 1941-1945 рр. загальні втрати Радянської Армії склали 26853448 осіб (100%), з яких безповоротні - 8509300 осіб (31,7%) і санітарні - 18344148 осіб (68,3%), або у співвідношенні 1:2. Загальні втрати Армії США під час локальної війни у В'єтнамі 1964-1973 рр. склали 362538 осіб, з яких безповоротні - 59363 осіб (16,4%) і санітарні - 303175 осіб (83,6%), у співвідношенні 1:5. Загальні втрати 40-ї армії, що вела протягом 1979-1989 років бойові дії на території Демократичної

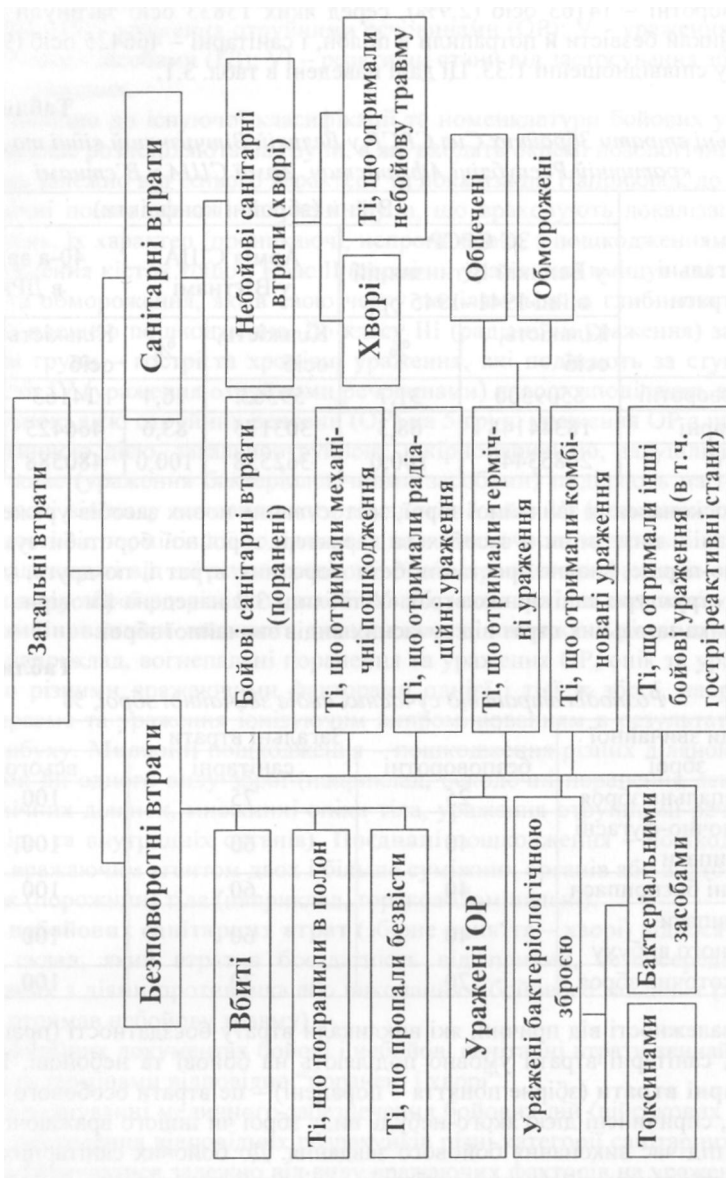


Рис. 3.1. Класифікація втрат особового складу військ (сил) на воєнний час

Республіки Афганістан (ДРА), за зведеними даними Генерального штабу Збройних Сил (ЗС) колишнього СРСР, становили 480588 осіб (100%), з них безповоротні - 14163 осіб (2,9%), серед яких 13833 осіб загинули та 330 осіб зникли безвісти й потрапили в полон, і санітарні - 466425 осіб (97,1%), тобто у співвідношенні 1:33. Ці дані наведені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Загальні втрати Збройних Сил СРСР у Великій Вітчизняній війні та Демократичній Республіці Афганістан, Армії США у В'єтнамі

! Загальні втрати	Війни (збройні конфлікти)					
	ЗС СРСР у Великій Вітчизняній війні 1941-1945 рр.		Армія США у В'єтнамі		40-а армія в ДРА	
	Кількість, осіб	о/о	Кількість, осіб	%	Кількість осіб	%
Безповоротні	8509300	31,7	59363	16,4	14163	2,9
Санітарні	18344148	68,3	303175	83,6	466425	97,1
Всього	26853448	100,0	362538	100,0	480588	100,0

Удосконалення звичайної зброї, застосування нових засобів ураження та пов'язані з цим зміни в засобах та характері збройної боротьби зумовлюють, по-перше, значне зростання безповоротних втрат і, по-друге, ускладнення структури санітарних втрат. У таблиці 3.2 наведена ймовірна характеристика загальних втрат від сучасних видів звичайної зброї.

Таблиця 3.2

Розподіл втрат від сучасних видів звичайної зброї, %

Види звичайної зброї	Загальні втрати		
	безповоротні	санітарні	всього
Вогнепальна зброя	25	75	100
Осколочно-фугасні боєприпаси	40	60	100
Касетні боєприпаси	40	60	100
Боєприпаси об'ємного вибуху	40	60	100
Високоточна зброя	70	30	100

У залежності від причин, які викликали втрату боєздатності (працездатності), санітарні втрати умовно поділяють на бойові та небойові. Бойові санітарні втрати (збірне поняття – поранені) - це втрати особового складу військ, спричинені дією якого-небудь виду зброї чи іншого вражаючого фактору під час виконання бойового завдання. До бойових санітарних втрат відносять також військовослужбовців, які отримали під час бойових дій відмороження.

За етіопатогенетичною ознакою бойові санітарні втрати поділяють на 6 класів: I - механічні пошкодження; II - термічні ураження; III - радіаційні ураження; IV - ураження отруйними речовинами (ОР); V - ураження бактеріологічними засобами (БЗ); VI - реактивні стани від застосування зброї масового ураження.

Відповідно до існуючої класифікації та номенклатури бойових уражень кожний клас розподіляють на групи, в які входять окремі нозологічні форми уражень залежно від їхнього характеру та локалізації. Наприклад, до класу I (механічні пошкодження) залучені групи, що враховують локалізацію пошкоджень, їх характер (проникаючі, непроникаючі, з пошкодженням чи без пошкодження кісток тощо). Клас II (термічні ураження) вміщує дві групи - опіки та обмороження, які в свою чергу поділяються за глибиною (ступенем) та площею пошкодження. До класу III (радіаційні ураження) залучені такі дві групи - гострі та хронічні ураження, які поділяють за ступенями тяжкості. IV (ураження отруйними речовинами) клас розподіляють за патогенетичною дією отруйних речовин (ОР) на 5 груп: ураження ОР з нервово-паралітичною дією, загальноотруйною, шкірнонаривною, задушливою тощо. V клас (ураження бактеріологічними засобами) поділяють на групи в залежності від виду використаного збудника, а клас VI (реактивні стани) в залежності від термінів дії поділяються на короточасні та затяжні.

У залежності від дії різних видів зброї або вражаючих факторів одного і того ж виду зброї розрізняють комбіновані, множинні та поєднані ураження. Комбінованими вважають пошкодження, викликані різними видами зброї, наприклад, вогнепальні поранення та ураження ОР, опік та ураження БЗ, або різними вражаючими факторами однієї і тієї ж зброї, наприклад, опік, травма та ураження іонізуючим випромінюванням в результаті ядерного вибуху. Множинні пошкодження - пошкодження різних ділянок тіла в наслідок дії одного виду зброї (наприклад, осколочні поранення декількох анатомічних ділянок, множинні опіки тіла, ураження отруйними речовинами шкіри та внутрішніх органів). Поєднані пошкодження - пошкодження одним вражаючим агентом двох і більше суміжних органів або анатомічних ділянок (порожнин) тіла (наприклад, торакоабдомінальні).

До небойових санітарних втрат (збірне поняття - хворі) відносять особовий склад, який втратив боєздатність від причин, безпосередньо не пов'язаних з діями противника або виконанням бойового завдання (хворі й ті, хто отримав небойову травму).

В офіційних документах бойові і небойові санітарні втрати звичайно позначають термінами відповідно "поранені і хворі".

При плануванні медичного забезпечення бойових дій (військових операцій) та проведення відповідних розрахунків різні категорії санітарних втрат можуть групуватися залежно від виду вражаючих факторів на уражених вогнепальною, ядерною, хімічною, бактеріологічною (біологічною) зброєю тощо. Для лікувально-евакуаційної характеристики поранених та хворих

користуються класифікацією за ступенями тяжкості — легкопоранені (30–40%), поранені середньої тяжкості (35-40%), тяжкопоранені (25^0%).

До категорії **тяжкопоранених (тяжкохворих)** відносяться поранені (хворі) з пошкодженнями (захворюваннями) життєво важливих органів чи систем (черепа, хребта, органів грудної та черевної порожнини), великих кровоносних судин, нервових стволів, кісток з явищами, що загрожують життю, або такими, що можуть привести до різкого порушення функцій усього організму.

До категорії **поранених (хворих) середньої тяжкості** відносяться поранені (хворі) з пошкодженнями тулуба, кінцівок чи захворювання внутрішніх органів при відсутності загрози життю, але які потребують тривалого часу лікування (не менше 2-х місяців).

До **легкопоранених (легкохворих)**¹ відносять осіб, які мають легку механічну, термічну, радіаційну або іншу травму, тимчасово втратили бое- та працездатність, але зберегли здатність до самостійного пересування та самообслуговування, не мають виражених розладів життєво важливих функцій, у яких відсутні реальні загрози розвитку ускладнень, а лікування та реабілітація яких повинні бути завершені за термін до 60 діб, після чого вони будуть придатні до військової служби. Легкопоранені не повинні мати проникаючих поранень порожнин тіла (включно очного яблука та великих суглобів), пошкоджень магістральних судин та нервових стволів, переломів довгих трубчастих кісток, опіків 1 та 2 ступеня більш 10% поверхні тіла, глибоких термічних опіків. Військово-медична доктрина країн НАТО замість поняття "легкопоранені" передбачає поняття про медичні втрати, що можуть бути повернуті до строю (англ. - return to duty, тобто - поранені, які здатні повернутися до строю). Вони розподіляються тільки за термінами, що прогноують, повернення у стрій.

Існує класифікація санітарних втрат за здатністю поранених (хворих) до пересування:

Термін "легкопоранений" у часи М.І. Пирогова використовувався як евакуаційне поняття, під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. мав "сортувальне" призначення. Виділення категорії легкопоранених в радянській військово-медичній доктрині пов'язане з дефіцитом сил та засобів медичної служби в умовах масштабних бойових дій, коли постраждапі, що зберегли деякі форми активності, не потребують суворого режиму медичного стаціонару і можуть під час лікування самостійно організувати власний побут. У теперішній час зазначене поняття носить в основному медико-тактичний, організаційний, але не клінічний характер і більше відображає проблему повернених втрат, визначає одну з цілей діяльності медичної служби.

В медичній службі Збройних Сил України запропоновано поняття "швидкоповернені санітарні втрати", під якими розуміють категорію осіб, у яких зміни внутрішніх органів, пошкодження чи поранення організму у зв'язку з характером захворювання або інших зовнішніх впливів носять помірний, швидкозворотний характер та при відповідній своєчасній діагностиці і правильному лікуванні завершуються відновленням морфологічної цілісності та функціонального стану організму, зменшенням або ліквідацією клінічної симптоматики у межах до 30 діб.

- > поранені і хворі, які можуть самостійно пересуватись і, звичайно, не потребують постільного режиму. Ця категорія потерпілих на рівні військової ланки медичної служби, як правило, складає 40-50% від усіх санітарних втрат;
- > **поранені і хворі на ношах**, які не здатні за станом здоров'я до самостійного пересування і під час транспортування повинні перебувати в лежачому стані вони відповідно складають 50-60% від всіх санітарних втрат у військовій ланці медичної служби.

За **профілем поранення** і необхідній медичній допомозі всі категорії санітарних втрат можуть групуватися на потерпілих хірургічного профілю та потерпілих терапевтичного профілю. Так, в структурі санітарних втрат під час конкретної бойової операції в умовах надходження масового потоку поранених і хворих, потерпілі хірургічного профілю можуть складати від 91,8% до 99,9%, терапевтичного - від 0,1% до 8,2%.

Під терміном "**масові санітарні втрати**" розуміють ситуацію, при якій кількість поранених уражених, а також тяжкість поранень та захворювань виходить за межі можливості медичної служби, головним чином з надання необхідної медичної допомоги та транспортування потерпілих до медичних підрозділів та лікувальних закладів.

Медична служба вивчає також характер безповоротних втрат і безпосередні причини загибелі потерпілих на полі бою, при транспортуванні та на етапах медичної евакуації з метою подальшого удосконалення методів профілактики бойових уражень, організації та способів надання медичної допомоги.

3.2. Величина санітарних втрат, фактори, які впливають на їх розміри. Сучасна структура санітарних втрат, її залежність від зброї, яку використовує противник

Визначальними показниками санітарних втрат, які головним чином впливають на організації медичного забезпечення, є їх величина та структура. Під **величиною** розуміють розміри санітарних втрат в абсолютних числах (кількість поранених і хворих) або у відсотках від чисельності особового складу військ (сил).

Структура санітарних втрат – це відсоткове співвідношення різних категорій поранених і хворих серед загальної кількості санітарних втрат від усіх або окремих видів зброї.

Величина санітарних втрат. Величина санітарних втрат залежить від комплексу чинників, найважливішими з яких є: співвідношення сил та засобів сторін, що протидіють; вид та тривалість бою (операції); завдання військового формування; інтенсивність бойових дій; характер місцевості; час року, погода; бойовий вишкіл, фізичний, моральний стан особового складу та, звичайно ж, досвід і мистецтво командирів (командувачів) при підготовці та проведенні військового бою (операції).

Застосування сучасних засобів ураження (високоточної зброї, боєприпасів вибухової дії, об'ємного вибуху, касетних боєприпасів), безперервне удосконалення авіаційної, артилерійської, мінної та стрілецької зброї і здатність гарантовано уражати цією зброєю цілі на всю глибину оперативної побудови військ противника обумовлюють значне зростання втрат від звичайної зброї.

Під час Великої Вітчизняної війни полк за добу бою втрачав пораненими від 2-3% до 20-25% особового складу. Санітарні втрати військ були нерівномірні також і протягом дня. Втрати хворими вимірювались у порівняно невеликих межах і були в середньому 0,08-0,1% від кількості особового складу за добу.

У сучасних умовах при веденні перших військових операцій розмір і структура можливих санітарних втрат буде залежати від видів зброї, що використовує противник, складу угруповань військ (сил), їх ешелонування, ступеня захищеності своїх військ, а також виду бойових дій (оборона, наступ).

Аналіз найзначніших війн ХХ ст., починаючи з Другої світової і закінчуючи арабо-ізраїльською, показав, що, в середньому, втрати в них складали 0,1-1,5% від особового складу залежно від військового формування, бойового завдання, яке він виконує, та умов його виконання.

Військові медики бундесверу очікують під час оборонних бойових дій без використання ядерної зброї середньодобові санітарні втрати в бригадах (дивізіях) - 3,2% - 4,8% (2,1 - 3,2%). На думку німецьких експертів, за перші 7 діб бойових дій санітарні втрати додатково зростуть на 50,0% (це пояснюється високою інтенсивністю бойових дій у цей період, а також відсутністю досвіду збройної боротьби у особового складу). Для проведення оперативних розрахунків санітарна служба бундесверу признала за доцільне рахувати 1% поранених від числа осіб, що беруть участь в бойових діях за один день бойових дій. Це означає, що при участі в бойових діях 100 тис. особового складу медична допомога буде потрібна 1 тис. осіб (пораненим і хворим) за добу.

У сучасних умовах здійснюється тенденція перерозподілу величини санітарних втрат по елементам бойового порядку частин та з'єднань. Якщо в минулу Велику Вітчизняну війну 1945-1945 рр. основні санітарні втрати були у підрозділах, частинах та з'єднаннях першого ешелону бойового порядку (оперативної побудови) військ і лише незначна частина (до 10-15%) виникала у другому ешелоні, то при веденні противником сучасних повітряно-чаземних битв та операцій значні санітарні втрати будуть нести і війська другого ешелону оперативної побудови військ об'єднання, а їх частка може складати до 40%.

Позаблоковість України, низька імовірність виникнення широкомасштабної агресії ззовні, значне зменшення можливості ведення на території нашої держави бойових дій із застосуванням зброї масового ураження (ядер-

ної, хімічної та бактеріологічної зброї) значно змінили не тільки форми і методи ведення бойових дій, а власне, і функціонально-структурну побудову ЗС України.

Основними показниками для розрахунку можливих санітарних втрат є дані про характер бойових дій, ступінь захисту особового складу, наявність напрямків, де війська можуть нести найбільші втрати, імовірно руйнування потенційно небезпечних об'єктів.

Розрахунки санітарних втрат досить складні і носять орієнтовний характер. Тому надзвичайно важливим для діяльності начальника медичної служби будь-якого рівня є постійне отримання достовірної інформації про характер бойових дій, розміри втрат, їх величину та структуру. У випадку виникнення осередків масового ураження начальник медичної служби вживає заходи щодо уточнення розмірів санітарних втрат та на підставі цих даних визначає приблизну потребу в силах і засобах медичної служби, необхідних для організації і проведення лікувально-евакуаційних та інших заходів. У зв'язку з цим для вірного визначення величини і структури санітарних втрат необхідно всебічно аналізувати обстановку в кожному конкретному випадку.

Розрахункова величина можливих санітарних втрат механізованої (танкової) бригади в сучасних воєнних конфліктах за добу бою наведена в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Величина можливих санітарних втрат механізованої (танкової) бригади в сучасних воєнних конфліктах за добу бою (у %)

Вид зброї	Наступ	Оборона
Звичайна зброя	до 8,0	до 5,0
Сильнодіючі отруйні речовини	до 1,5	до 1,5
Хворі	0,08-0,1	0,08-0,1

На даний час при розрахунках величини можливих санітарних втрат використовують тимчасову методику розрахунку втрат особового складу на воєнний час, затверджену начальником Генерального штабу 9 березня 2002 р., яка дозволяє врахувати інтенсивність операції (бойових дій), ступінь участі частин та підрозділів в операції (бойових діях) та коефіцієнти можливих середньодобових санітарних втрат для кожного підрозділу. Частини та угруповання, які беруть участь в операції (бойових діях).

Структура санітарних втрат. Успіх медичного забезпечення військ (сил) у значній мірі залежить від правильного визначення імовірної структури санітарних втрат за категоріями потерпілих, що є основою для планування відповідних лікувально-евакуаційних заходів, визначення потреби в

медицини сил і засобах, зокрема масштабах та видах спеціалізованої медичної допомоги.

Співвідношення основних категорій поранених і хворих в загальній структурі санітарних втрат було неоднакове під час різних війн і збройних конфліктів, табл. 3.5.

Застосування у воєнних конфліктах останніх десятиріч нових видів вогнепальної зброї призвело до значної зміни структури вогнепальних поранень.

Так, під час війни у В'єтнамі при застосуванні кулькових бомб, у порівнянні з даними Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр., значно збільшилася питома вага поранень голови, хребта, грудної клітки і живота з одночасним зменшенням частки поранень кінцівок, табл. 3.6.

Таблиця 3.5

Структура санітарних втрат військ за досвідом різних війн, локальних конфліктів та розрахунків, у%до підсумку

Категорії санітарних втрат	Велика Вітчизняна війна 1941-1945 рр.	Війна в Афганістані 1979-1989 рр.	Чеченська Республіка на 01.09.95 р.	Розрахункові дані
Бойові санітарні втрати, в тому числі:	64, 7	7,2	44,2	72,0
Поранені	61,0	6,9	40,8	62,0
Уражені із закритою травмою та контужені	1,6	0,3		6,0
Опіки	0,5	-	2,3	4,0
Відмороження	1,6	-	1,1	-
Небойові санітарні втрати, в тому числі:	35,3	92,8	55,8	28,0
Небойова травма	0,6	3,3	18,7	3,0
Хворі	34,7	89,0	36,7	25,0
Інші	-	0,5	0,4	-
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0

Протягом останніх років підрозділи та частини Збройних Сил України беруть активну участь у міжнародних навчаннях спільно з військовими формуваннями країн членів НАТО. Тому офіцерам медичної служби Збройних Сил України необхідно знати і використовувати у своїй практичній діяльності розрахункові показники санітарних втрат особового складу військ, які прийняті в арміях країн-членів НАТО.

Директивою Головного Командування об'єднаних сил НАТО в Європі від 26 жовтня 1993 р. № 85-8 "Принципи, політика та параметри планування медичного забезпечення Союзного Командування Європи" встановлені показники загальних бойових втрат (ЗБВ), які складаються з вбитих (В), по-

лонених та зниклих безвісти (ПлЗ), поранених в бою (П) та постраждалих від бойового стресу (БС). Структура ЗБВ представлена в табл. 3.7.

Таблиця 3.6

Структура вогнепальних поранень за даними Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. та війни у В'єтнамі

Локалізація поранень	Структура поранень, %	
	Велика Вітчизняна війна 1941-1945 рр.	війна у В'єтнамі
Череп	5,53	13,0
Обличчя, щелепи, очі	6,08	14,3
Хребет	0,57	6,0
Грудна клітка	10,34	20,6
Живіт	2,39	7,0
Кінцівки	75,09	39,1
Всього:	100,0	100,0

Таблиця 3.7

Структура загальних бойових втрат за даними Головного Командування об'єднаних сил НАТО в Європі, 1993р.

Категорія загальних бойових втрат	Кількість (%)
Безповоротні втрати, в тому числі:	25,0
- вбиті в бою	17,0
полонені та зниклі безвісті	8,0
Бойові санітарні втрати, в тому числі:	75,0
- поранені в бою	58,0
постраждали від бойового стресу	17,0
Всього:	100,0

Вище вказаною директивою визначені показники ЗБВ на день бою для підрозділів, частин, з'єднань та об'єднань Сухопутних військ НАТО. Для бригади показник ЗБВ складає 8,3% від чисельності особового складу.

Небойові санітарні втрати складаються із хворих (Х) та постраждалих від небойових уражень (НБУ). При генеральному плануванні використовують показник перебування хворих у закладах медичної служби - 0,135% на день та показник перебування постраждалих від небойових уражень у закладах медичної служби - 0,03% на день. Таким чином, небойові санітарні втрати можуть скласти 0,165% на день.

Виходячи із показників ЗБВ для бригади (8,3% на день), структури бойових санітарних втрат та структури небойових санітарних втрат, розрахункові санітарні втрати для бригади можуть складати 6,39% на день (табл. 3.8).

Вивчаючи проблему визначення структури можливих санітарних втрат під час оборонної операції без застосування ядерної зброї, Державний НДІ

екстремальної медицини, польової фармації та медичної техніки Міністерства оборони Російської Федерації аналізував не тільки досвід Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр., війни в Афганістані 1979 - 1989 рр., а й використовував метод експертних оцінок провідних фахівців військово-медичної служби. За їх результатами санітарні втрати можуть мати наступний розподіл: поранені — 62,0%, хворі та уражені - 25,0%, обпечені - 4,0%, контужені - 6,0%, пошкоджені з небойовими травмами - 3,0%.

Таблиця 3.8

*Структура санітарних втрат Сухопутних військ
Союзного Командування Європи НА ТО
(у % на день бою до чисельності особового складу)*

Категорія санітарних втрат	Санітарні втрати (у %)
Бойові санітарні втрати, в тому числі:	6,2250
поранені в бою	4,814
постраждали від бойового стресу	1,411
Небойові санітарні втрати, в тому числі:	0,165
хворі	0,135
постраждали від небойових уражень	0,03
Всього:	6,390

Вдосконалення засобів звичайної боротьби, використання високоточної зброї призведуть до зміни структури санітарних втрат. У всіх війнах з 1941р. основним видом бойових пошкоджень були вогнепальні поранення, але в останніх збройних конфліктах їх частка зменшується. Аналіз даних, що характеризують структуру санітарних втрат у військах армії за видами зброї, що може застосовувати противник, та засобами доставки боєприпасів до цілі (об'єкта ураження), дозволяє зробити висновок про те, що близько 30,0% санітарних втрат у механізованій бригаді виникне від ураження осколково-фугасними боєприпасами, частка поранених вогнепальною зброєю коливатиметься від 5,0 до 7,0%. Так, за деякими даними, при веденні бойових дій з використанням тільки звичайних засобів до 50,0% санітарних втрат буде від високоточної зброї. Санітарні втрати від запалюючих сумішей, боєприпасів об'ємного вибуху та касетно-осколкових можуть складати 6,3 - 7,1% до числа усіх поранених у бригаді.

Зростає і відсоток постраждалих, що отримали поранення від боєприпасів розвідувально-ударних та розвідувально-вогневих комплексів, авіації. Так, поранення осколково-фугасними авіаційними бомбами можуть складати 22,7%, боєприпасами об'ємного вибуху - 10,2%, запалюючими сумішами - 8,0% до загальної кількості уражених. У той же час частка поранених стрілецькою зброєю може не перевищувати 4,5%.

У локальних війнах 60-70 рр. ХХ ст. зросла кількість опіків напалмом та контузій. У 30,0 - 50,0% уражених напалмом відмічалися широкі за площею

(до 25,0%) глибокі опіки (навіть із пошкодженням кісток). Так, в арабо-ізраїльській війні 1967 р. частка опіків складала 4,6% від загального числа уражень, у 1973 р. - 8,1%, у 1982 р. - 7,6%, а під час бойових дій на Фолклендських (Мальвінських) островах у 1982 р. - 14,0%. Фахівці медичної служби Бундесверу також очікують в сучасних бойових діях зростання частки опіків - до 30,0%.

У сучасній війні потрібно очікувати суттєвих змін характеру та структури санітарних втрат, виникнення нових видів бойової патології. При цьому можливе різке зростання питомої ваги тяжких і дуже тяжких пошкоджень механо-термічного та контузійного характеру, включаючи пошкодження паренхіматозних та інших внутрішніх органів, особливо від боєприпасів об'ємного вибуху. Так, санітарні втрати особового складу від боєприпасів з'об'ємно-детонуючою сумішшю можуть за тяжкістю характеризуватися наступною структурою: пошкодження легкого ступеня — 45,0%, середнього ступеня тяжкості - 40,0%, тяжкі - 10,0% та дуже тяжкі - 5,0%. Частка комбінованих пошкоджень складатиме до 20,0%. У структурі санітарних втрат від високоточної зброї очікується переважання дуже тяжких пошкоджень (до 70,0%), пошкодження тяжкого і середнього ступеня можуть скласти біля 3,0%, легкого - до 27,0%. Під час війни в Афганістані кількість тяжких і дуже тяжких поранень складала 42,0% від загальної кількості вогнепальних поранень, головним чином за рахунок мінно-вибухових пошкоджень, питома вага яких досягала 25,0 — 30,0%. Серед поранених під час збройного конфлікту в Республіці Чечня частка дуже тяжких поранень складала біля 25,0% (24,8%).

Проведений аналіз структури санітарних втрат у локальних війнах та воєнних конфліктах XX століття дозволив виявити значне зростання кількості психічно травмованих. За американськими та німецькими даними вони складають 20,0 - 30,0%, раніше цей показник не перевищував 5,0 - 7,0%.

Таким чином, санітарні втрати військ в умовах сучасних бойових дій будуть відрізнятися значними розмірами, складністю та різноманітністю структури і тяжкістю пошкоджень.

3.3. Коротка характеристика сучасної зброї

За масштабом та характером пошкоджень сучасна зброя поділяється на зброю масового ураження та звичайну. До існуючих видів зброї масового ураження відносять ядерну, хімічну і бактеріологічну (біологічну) зброю. Поняття "звичайна зброя" виникло лише у 70-ті роки XX століття як відзначення антиподу зброї масового ураження. До звичайної зброї відносять вогнепальну, високоточну зброю, боєприпаси об'ємного вибуху та вибухової дії, запалювальні суміші. Термін "втрати від вогнепальної зброї", як правило, використовують відносно до періоду Другої світової війни, так як втрати від цієї зброї мали значну перевагу над втратами від інших видів

зброї. До вогнепальної зброї на той час відносили все, що виходило за рамки "холодної зброї". На сучасному етапі розвитку військової справи вогнепальну зброю вважають тільки одним з різновидів звичайної зброї і недоцільно відносити до втрат від неї втрати від інших видів звичайної зброї - мінної, ракетної, запалювальної тощо.

Ядерна зброя. До ядерної зброї відносять атомні, термоядерні та нейтронні боеприпаси. Особливістю атомних боеприпасів є те, що енергія вибуху утворюється внаслідок миттєвого поділу ядер урану або плутонію при приведенні маси цих елементів до надкритичного стану.

У термоядерних боеприпасах велетенська енергія вибуху виникає внаслідок синтезу ізотопів водню-дейтерію та тритію у більш важкі елементи.

Нейтронні боеприпаси - термоядерні заряди малої потужності (0,5 - 2 кілотонни тритилового еквіваленту) мають збільшену радіацію нейтронів високих енергій.

У бойових умовах для виведення з ладу особового складу будуть використовуватися частіше наземні та повітряні вибухи. Ураження військ при ядерних вибухах може бути на великих площах і носити масовий характер. Разом з дією вражаючих факторів в зоні ядерного вибуху особовий склад може опромінюватись на місцевості, яка забруднена радіоактивними речовинами (РВ). Ядерні вибухи будуть мати сильний психологічний вплив на особовий склад, що необхідно враховувати при організації медичного забезпечення бойових дій військ.

Ядерна зброя - головний засіб ураження противника. В короткий термін вона здатна викликати масові ураження людей, бойової техніки, на великих площах руйнує споруди та інші об'єкти, заражує місцевість радіоактивними речовинами, здійснює сильну психологічну дію на особовий склад. Під час вибуху ядерного боеприпасу виникає п'ять вражаючих факторів: ударна хвиля; світлове випромінювання; проникаюча радіація; радіоактивне зараження місцевості та об'єктів; електромагнітний імпульс.

Ударна хвиля являє собою ділянку сильно стиснутого повітря, розповсюдженого у всі боки від місця ядерного вибуху із надзвуковою швидкістю. Це самий потужний фактор ядерного вибуху. Біля 50% всієї енергії наземного і повітряного вибуху витрачається на утворення ударної хвилі. Основними параметрами ударної хвилі, які характеризують її пошкодуючі властивості, є надлишковий тиск у фронті, швидкісний натиск та час дії. Ураження людей будуть виникати внаслідок прямої дії ударної хвилі або її металної дії. В залежності від потужності та виду вибуху, а також ступеня захисту військовослужбовців бойовою технікою, захисними спорудами, пошкодження будуть мати місце від епіцентру вибуху на відстані в радіусі 5 км, тобто в межах зон розміщення різноманітних об'єктів.

Дія ударної хвилі на людей - це нанесення їм травм і контузій. Механізм травмуючої дії ударної хвилі складається в першу чергу зі створення в організмі так званих хвиль деформації, які викликають травматичні ушко-

дження в першу чергу серця, легень, кишкового тракту, печінки, селезінки, а також шлуночків головного мозку. Ушкодження внутрішніх органів часто супроводжується тяжким шоком. Під час ураження ударною хвилею виділяють такі види пошкоджень:

- > контузії різного ступеня (найчастіший вид пошкодження);
- > баротравми (розглядають як самостійний вид);
- > звукові або акустичні травми;
- > вібраційні травми (акцеперотравми).

Світлове випромінювання ядерного вибуху виникає в зв'язку з тим, що температура вибуху досягає декількох мільйонів $t^{\circ}C$, а вражаюча дія світлового випромінювання залежить від теплового імпульсу - кількості теплової енергії, яка падає на 1 см поверхні за час освітлення. За фізичними властивостями світловий імпульс є потужним потоком ультрафіолетового видимого діапазону та інфрачервоного випромінювання. На світлове випромінювання витрачається більш 30% всієї енергії ядерного вибуху. Час вражаючої дії цього фактора 10 – 20 секунд. Світлове випромінювання має високу інтенсивність: запалює різні предмети та може викликати у людей опіки на значній відстані від місця ядерного вибуху (від 1 до 25 км). Під час наземного вибуху світлове випромінювання здійснює свою вражаючу дію на меншій відстані, ніж під час повітряного вибуху. Причиною опіків є безпосередня дія світлового випромінювання та викликані ним пожежі. Опіки від безпосередньої дії світлового випромінювання виникають на відкритих ділянках тіла, звернених до центра ядерного вибуху. Опіки, викликані горілою одежею та пожежами, можуть бути найрізноманітнішої локалізації та ступеня. Так, під час вибуху ядерної бомби в Хіросімі (Японія, 1945 р.) опіки виникли у 87,9% всіх постраждалих, при цьому у 20 - 30% випадків мали місце летальні наслідки. Ступінь тяжкості уражень від світлового випромінювання визначається в значній мірі місцем знаходження і положенням постраждалого. Не менш важливу роль в цьому відіграє колір одягу і товщина тканини. За клінічною картиною опіки від безпосередньої дії світлового випромінювання не відрізняються від термічних.

Необхідно зазначити, що під час ядерного вибуху можуть спостерігатися опіки очей, їх тимчасове осліплення. При цьому можуть бути опіки повік та переднього відділу ока, опіки очного дна, адаптаційне осліплення (в темний час доби) та ядерні офтальмії. В останньому випадку ураження обумовлено ультрафіолетовим випромінюванням.

Бойова техніка, захисні споруди (окопи, траншеї, ходи сполучення та інше), а також канави, ями, вирви від вибухів снарядів можуть бути надійним захистом людей від вражаючої дії ударної хвилі. Сховища, бліндажі, перекриті щілини виключають пошкодження людей світловим випромінюванням та ударною хвилею, якщо при цьому не руйнуються. В населених пунктах дія світлового випромінювання зменшується за рахунок екранування його будівлями та іншими спорудами. Загальновійськовий захисний

комплект, комплексний захисний костюм, протигаз захищають від опіків, якщо вони своєчасно використані особовим складом.

Проникаюча радіація (складає 5% енергії вибуху) виникає в момент ядерного вибуху і являє собою потік гамма-випромінювання та нейтронів із зони ядерного (термоядерного) вибуху.

Загальний час дії проникаючої радіації складає кілька секунд при вибухах боеприпасів малого калібру та 15 - 20 секунд - при вибухах боеприпасів великого калібру. Радіус впливу проникаючої радіації складає 1800 - 2000 м, гамма-випромінювання - 1 - 3 км (в залежності від потужності вибуху). При проходженні через середовище легко захвачуються ядрами легких елементів (водень, кисень, вуглець, натрій та ін.). Останні стають джерелами іонізуючих випромінювань. В деяких матеріалах бойової техніки та ґрунті під впливом нейтронів виникають радіоактивні ізотопи. Це явище отримало назву наведеної активності, яка також небезпечна для людського організму.

Радіоактивне забруднення місцевості та об'єктів (складає 10% енергії вибуху) - четвертий вражаючий фактор. Радіоактивне забруднення здійснюється здебільше під час наземних (підземних, підводних) та, меншою мірою, при повітряних вибухах. При наземному вибуху велика кількість радіоактивних речовин змішується із ґрунтом і піднімається на велику висоту. Дрібні частини підіймаються вгору, а великі залишаються в ніжці грибовидної хмари. По мірі зниження температури в хмарі швидкість її підйому зменшується, а частки під силою притягання починають випадати на місцевості. Хмара переноситься вітром та поступово розсіюється. На шляху руху хмари радіоактивні речовини, що осідають, створюють радіоактивне забруднення місцевості та об'єктів. При цьому, забрудненню підлягають не лише район вибуху та місцевість, що безпосередньо прилягає до нього, а й місцевість та об'єкти віддалені від вибуху на десятки та сотні кілометрів.

Величина санітарних втрат знаходиться в прямій залежності від потужності вибуху, його виду та ступеня захисту особового складу. Використання нейтронних боеприпасів та атомних зарядів малої і надмалої потужності (тактична ядерна зброя) буде викликати у частини незахищеного особового складу гостру променеву хворобу (ГПХ) різних ступенів тяжкості, ушкодження ударною хвилею (травми). Ураження світловим випромінюванням (опіки) буде відмічатися у незначній кількості постраждалих. Використання ядерних боеприпасів середньої і великої потужності буде створювати осередки масових санітарних втрат, а у значній частини ураженого особового складу (до 25%) будуть виникати комбіновані ушкодження, а саме: травми, опіки та ГПХ.

Залежно від потужності ядерного боеприпасу, його виду та умов розміщення особового складу характер комбінованих ушкоджень буде різним. При відкритому розміщенні особового складу є під час вибухів ядерних боеприпасів середнього калібру частіше будуть зустрічатися поєднання опі-

ків та закритих травм (контузії, розриви внутрішніх органів) з ГПХ; при вибухах ядерних боєприпасів великої потужності будуть виникати в більшій мірі комбінації травм та опіків. Особовий склад, який знаходиться в непошкодженій броньованій техніці, буде вражатися проникаючою радіацією з розвитком ГПХ.

Поступовість виходу з ладу особового складу в залежності від отриманої дози радіації наведений в табл. 3.9.

Таблиця 3.9

Вихід з ладу особового складу в залежності від отриманої дози радіації, %

Вихід з ладу особового складу	Доза радіації, р				
	350	300	200	150	100
Вихід з ладу загалом, в тому числі протягом:	100	100	50	15	2-10
1 -ї доби	10	85	15	-	2-10
2-3 доби	-	15	-	-	-
3-4 доби	-	-	35	15	-

Тривалість виходу з ладу особового складу залежить від отриманої дози опромінення. Так, при опроміненні в межах дози в 100 р вихід із строю не перебільшує строк 14-25 годин, 150-200 р - протягом однієї доби, 300—500 р та більше - на тривалий строк (тижні, місяці). На сліді радіоактивної хмари пошкодження особового складу будуть обумовлені, головним чином, загальним зовнішнім альфа- і бета-випромінюванням і будуть складати 12% від усієї кількості постраждалих з числа особового складу.

Згідно сучасних поглядів можлива структура санітарних втрат від ядерної зброї наведена в таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

Структура санітарних втрат від ядерної зброї, % від всіх видів ураження

Види ураження	Питома вага ураження, в %
Травми	3,5-4,9
Опіки	5,7-7,8
Гостра променева хвороба	3,1-4,7
Травма + опік	54,5-59,1
Травма + ГПХ	3,1-6,9
Опік + ГПХ	4,9-7,9
Травма + опік + ГПХ	13,9-19,0

Радіологічна зброя. Радіологічною зброєю називають технічні прилади, призначені для розпилу бойових радіоактивних речовин (БРР). Ця зброя характеризується єдиним вражаючим фактором - радіоактивним зараженням місцевості та об'єктів. Її застосування дозволяє діяти на людей, викликаючи у них гостру променевою хворобу, та зберігати матеріальні цінності на тери-

торії противника. Вихідним матеріалом для виготовлення БРР є радіоактивні відходи ядерної енергетики.

БРР можуть використовуватись в рідкому, паро- та порошкоподібному вигляді, а також у вигляді тумана або бути змішаними з клейкими речовинами, які прилипають до поверхні шкіри, одягу, зброї. Доставка БРР до району використання можлива за допомогою бойових частин ракет, артилерійських снарядів, авіабомб, торпед та ін. Розпиляти БРР можливо навіть літаками цивільної авіації. Особлива небезпечність БРР в їх специфічних властивостях - відсутність кольору, смаку, та запаху. Визначити наявність БРР на даній місцевості можливо лише за допомогою дозиметричних приладів (ДП-5В; ДП-64 та ін.). Природний радіоактивний розпад виключає можливість довгочасного зберігання у мирний час запасів БРР. Їх зберігання та бойове використання потребують спеціального захисту особового складу.

Хімічна зброя та її вражаюча дія. Не дивлячись на заборону її застосування хімічна зброя сьогодні є одним із засобів масового ураження. Вона використовується для масового ураження людей, зараження місцевості, будівель, техніки, води та провізії.

З цією метою широко вивчаються отруйні речовини природного походження, такі як токсини клубнеподібних мухоморів (амоніти), отрута змій (кобри - афіотоксин, гримучої змії - креталотоксин), отрута морського планктону динофлагели - сакситоксин, риби фугу - тетродотоксин. Широко вивчаються і бактеріальні токсини, а також дві групи хімічних речовин, потенційно придатних для військових цілей: сімейство арилових ефірів карбамінової кислоти, структурно схожих з алкалоїдами фізостигміна — антихолінестеразними речовинами, порівняними за токсичністю з фосфорорганічними речовинами та токсичні білки (рицин, абрін). Летальна доза аерозолів неочищеного токсину для людини приблизно така, як і заріну. Серед речовин, які викликають тимчасову втрату працездатності, особливою увагою користуються речовини психотоміметичної дії. Введення подібних хімічних сполук в організм може викликати ряд патологічних розладів вищої нервової діяльності, які можуть бути тимчасовими і носити зворотній характер. Ведеться пошук психотоміметичних речовин серед структурних аналогів серотоніну - похідні лізергінової кислоти, буфотонін, понлоцибін. Серед фенолкетамінів є дві найважливі психотоміметичні речовини - мескалін та 3, 4, 5-тримето-ксифениламін. Велика увага приділяється використанню у військових діях транквілізаторів, що впливають на психічну діяльність людини (виникає в'ялість та втрата рівноваги) і заважають виконанню бойового завдання. Інтенсивно вивчаються речовини, які викликають тимчасову фізичну недієздатність людини: роздратовуючі речовини, речовини типу міастеніна (міокалін, глікатель), які викликають в малих дозах розслаблення мускулатури, а у великих - параліч м'язів, який проходить через декілька годин без лікування. Треморін викликає тремор м'язів, слинотечу,

міоз, та легкі судоми. Є дані про речовини, які можуть знижувати гостроту зору (за рахунок змутнення рогівки), викликати запаморочення, нудоту, розлади терморегуляції. Слід згадати про гербіциди, які широко використовувались американською армією у В'єтнамі, внаслідок чого постраждала рослинність на території площею 58 тис. км². та отримали ураження коло 1 млн. 300 тис. людей. На озброєнні США є гербіцидні суміші: оранжева, пурпурова, біла та блакитна, названі за кольором маркувальних смужок на тарі. Основні гербіциди, що входять до складу суміші, це діоксини, - 2—4-дихлорфеноксиуксусна кислота, 2, 4, 5-трихлорфеноксиуксусна кислота, пиклоран і какодилова (диметаларсинова) кислота. Ці сполуки довгочасно зберігають у ґрунті свої токсичні властивості та роблять його непридатним для росту рослин протягом тривалого часу.

Токсичність отруйних речовин, що застосовуються у вигляді газів, парів, туману або диму, характеризується їх концентрацією у повітрі та експозицією. Токсична дія ОР проявляється формою та тяжкістю отруєння. При смертельних ураженнях отруєні гинуть протягом короткого часу (від кількох десятків секунд до 2-3 діб).

При тяжких формах ураження отруєні потребують довготривалої госпіталізації, а при ураженнях середньої тяжкості - госпіталізації на строк до 2-х тижнів. Для лікування уражень легкого ступеня достатньо 2—7 діб.

Різнобічність та широта токсичної дії хімічної зброї забезпечується, з одного боку, здатністю отруйних речовин діяти на різні органи і викликати поєднані ураження, а з іншого — широким діапазоном діючих доз (від умовно діючих до мінімально летальних). Чим менший цей діапазон, тим більша токсичність отруйних речовин. Таким чином, характер дії хімічної зброї на живу силу, масовість втрат, тривалість дії визначаються токсичними та іншими властивостями отруйних речовин, що застосовуються.

Бактеріологічна зброя. Бактеріологічною (біологічною) зброєю (БЗ) називають боеприпаси та інші технічні прилади, заряджені бактеріальними засобами або іншими біологічними агентами та призначені для ураження людей, тварин або рослин.

БЗ притаманні наступні суттєві властивості:

- > здатність викликати масові санітарні втрати;
- > тривалість дії, яка залежить від характеру та складу рецептур;
- > здатність розповсюджуватись самостійно;
- > наявність прихованого періоду;
- > складність та довготривалість індикації;
- > здатність проникати до негерметизованих приміщень (бліндажі, землянки);
- > можливість використання в будь-яку пору року;
- > дешевизна;
- > виключна токсичність;
- > психологічна дія на особовий склад.

Застосовувати БЗ можливо з літаків (авіабомби, генератори аерозолів, виливні прилади, контейнери з комахами, тваринами та ін.), гармат (артилерійські, міни, ракети та ін.) та за допомогою спеціальних приладів. Найбільш вірогідними об'єктами використання бактеріологічних засобів є війська, які знаходяться на формуванні, відпочинку, у районах розміщення, ракетні частини стратегічного призначення, аеродроми, авіабази, кораблі та військово-морські бази, порти, залізничні вузли, промислові та адміністративні центри, сільськогосподарські зони, бази постачання, водні джерела тощо.

Крім аерогенного шляху зараження бактеріальними засобами, можливі й інші: аліментарний, контактний, трансмісивний. Однак аерогенний шлях є найбільш ефективний.

Розміри та структура санітарних втрат від БЗ надзвичайно мінливі та залежать від ряду факторів. Серед них особливе місце займають: розмір зараженої території, кількість особового складу, який потрапив під дію БЗ, тривалість її дії; склад і характер використаних противником рецептур (вид збудника, його стійкість у навколишньому середовищі), ступінь імунологічного захисту особового складу, наявність та використання індивідуальних та колективних засобів захисту, санітарно-гігієнічні умови, проведення ізоляційно-обмежувальних та інших захисних заходів.

За даними іноземних авторів, первинні санітарні втрати від раптово використаної бактеріологічної зброї можуть складати 30-50% від числа військовослужбовців (місцевого населення), які потрапили під дію аерозольної хмари. До цього контингенту через деякий час можуть додатися і вторинні санітарні втрати у кількості 15—20% за рахунок контактних випадків зараження. Таким чином, санітарні втрати особового складу від БЗ при використанні контагіозних форм збудників можуть досягнути 50—60%.

За умов відсутності факторів раптовості та правильній організації протибактеріологічного захисту військ при середній тренуваності особового складу у використанні захисних засобів, втрати можуть бути не більш 5-10%.

Структура санітарних втрат від БЗ буде залежати від конкретних оперативно-тактичних завдань, які вирішує противник. Передбачається, що по військам, які ведуть бойові дії у 60-70% випадків будуть використовуватися токсини і у 30-40% випадків - збудники особливо небезпечних інфекційних захворювань.

Вогнепальна зброя. Розвиток вогнепальної зброї здійснюється, головним чином, шляхом зростання його вогневої потужності, мобільності, створення принципово нових боєприпасів та систем їх наведення на цілі.

Основними напрямками розвитку вогнепальної зброї на сучасному етапі можна вважати такі:

- > створення високошвидкісних вражаючих снарядів;
- > створення снарядів із напівготовими або з готовими вражаючими елементами;

- > збільшення потужності вогнепальної зброї;
- > створення боеприпасів на принципово новій основі;
- > створення систем високоточної зброї.

Один із напрямків розвитку вогнепальної зброї в сучасних умовах є удосконалення конструкцій самих боеприпасів з метою максимального використання енергії зарядів. Загально відомо, що убійна сила вражаючого снаряда визначається кінетичною енергією, яка розраховується за формулою: $E=mv^2/2$. Як видно із формули, збільшення енергії можливе при збільшенні швидкості або маси. Збільшення швидкості дає набагато більше зростання кінетичної енергії, ніж збільшення маси снаряда. Тому конструктори вогнепальної зброї йдуть шляхом збільшення швидкості польоту снаряда.

Важливим етапом розвитку стрілецької зброї за кордоном було створення та прийняття на озброєння армії США 5,56 мм автоматичної гвинтівки М-16А1. Порівняно з 7,62 мм гвинтівкою вона має менші габарити, масу, віддачу під час стрільби, більш високу убійну силу кулі під час стрільби на дальність до 400 метрів. Зниження маси зброї та боеприпасів (маса кулі 3,56 г) дозволяє піхотинцю у 2-3 рази збільшити запас набоїв. На початку 80-х років калібр 5,56 мм був прийнятий як стандартний калібр стрілецької зброї НАТО. Початкова швидкість зазначеної кулі досягає 960-1000 м/сек (у 7,62 мм швидкість кулі 800 м/сек). Збільшення швидкості кулі у значній мірі змінює характер поранення. У механізмі дії любого снаряда, який проникає у тканини, розрізняють три складові:

- > безпосередню дію снаряда (розрив та роздроблення тканин, які мають безпосередній контакт із снарядом);
- > ударна хвиля;
- > тимчасова пустота (пульсуюча пустота (порожина)).

Снаряд, що проникає у тканини, викликає роздавлювання тканин, які розходяться у боки. При цьому пошкоджуються лише ті тканини, які мають безпосередній контакт із снарядом, та якщо в раневий канал не задіяні життєво важливі органи або крупні кровоносні судини, то ступінь тяжкості поранення буде незначна. Інша справа - збільшення швидкості кулі. При різкому збільшенні швидкості снаряда у першу чергу діє ударна хвиля та пульсуюча порожнина. Пробиваючи шлях крізь тверді (щільні) тканини, снаряд здавлює тканини перед собою. Під впливом ударної хвилі зона вдавнення, яка має сферичну форму, зміщується. Швидкість ударної хвилі дорівнює швидкості звуку у воді (1500 м/сек) та хоча зміна тиску, яка викликається ударною хвилею, короткочасна, вона може досягати 100 атмосфер. По мірі того як проникаючий снаряд вивільнює свою енергію, вона передається оточуючим тканинам, які швидко переміщуються вперед і позаду. Завдяки наданій їм швидкості та інерції ці тканини продовжують розсуватися, перевищуючи десь у 30-40 разів діаметр снаряда. Створена порожнина має тиск нижче атмосферного, внаслідок чого обривки одягу та різні відламки всмоктуються углибину крізь вхідні та вихідні отвори. За тисячні

долі секунди порожнина досягає максимальних розмірів, а потім, пульсуючи згасає. Снаряд, який летить з високою швидкістю, майже розрізає тканини, швидко передаючи їм свою кінетичну енергію. Це явище отримало назву кавітації. Воно виникає після проходження снаряда, чим пояснюється вибуховий характер ран. Чим більша енергія, яка передається тканинам, тим більша тимчасова порожнина і загальне ушкодження. М'які тканини перетворюються на моногенну масу, дрібні судини розчавлюються, кістки дробляться на шматки. Більш великі судини та нерви відштовхуються у боки, їх інтима пошкоджується. Тромбоз і стаз у кровоносних судинах збільшує об'єм некрозу тканини, із непошкоджених судин виходить плазма, яка викликає сущільний набряк. Дія на м'язи - ураження фасціальних футлярів на великому протязі. Гідродинамічний удар призводить до розриву порожнинних органів (жовчного міхура, шлунка, кісток черепа). Додаткові пошкодження наносять вторинні вражаючі снаряди (шматки кісток, відламки мідної оболонки кулі), а також "перекидання" кулі, яка влучила у тіло.

Вхідні отвори при наскрізних кульових пораненнях мають невеликі розміри, а вихідні можуть досягати значних розмірів. Поранення супроводжується значними імунно-біологічними змінами в організмі, що призводить до ранньої раневої інфекції.

Боєприпаси вибухової дії. Боєприпаси вибухової дії (БВД) називають тепер неядерними засобами масового ураження. До них відносять протипіхотні та протитанкові міни, гранати, артилерійські снаряди, бомби, бойові головки ракет, боєприпаси об'ємного вибуху. Нові вибухові речовини перевищують по вражаючій дії тротил на 20,0-60,0% і навіть 200,0% за рахунок зростання питомої енергії вибуху, швидкості та щільності детонації.

Розрахунок на широкомасштабне використання у сучасних війнах боєприпасів вибухової дії, у тому числі й мінної зброї, ведеться не стільки на досягнення високого проценту безповоротних втрат, скільки на граничну ураженість особового складу, переважна частка якого, зберігши життя, після тривалого та складного лікування при максимальному навантаженні сил та засобів медичної служби до строю все ж таки не повертається. В результаті застосування БВД значно зростає кількість множинних та поєднаних поранень, що буде ускладнювати лікувально-евакуаційне забезпечення поранених та значно збільшить витрати медичного майна.

Англійські фахівці до подій в зоні Перської затоки зробили прогноз, що в майбутніх воєнних конфліктах із застосуванням звичайних видів зброї високу летальність поранених обумовлять саме боєприпаси вибухової дії (рис.3.2).

Частка санітарних втрат від боєприпасів вибухової дії під час війни в Афганістані досягала 25,0-30,0% від загальної кількості поранених, що дало підставу розглядати мінно-вибухову травму навіть як окремий (самостійний) вид бойової патології.

У цілому під час війни у В'єтнамі осколкові поранення у 1968-1970 рр. досягали 57,0-70,0%. Під час війни в Афганістані співвідношення кульових та осколкових поранень у 1980 р. досягло 2:1, а у 1988 р. - 1:2,5.

За даними фахівців британського 32-го польового госпіталю під час операцій в зоні Перської затоки (1990 р.) з усіх поранених, що надійшли до госпіталю, 81,0% мали множинні ушкодження осколками і 19,0% - кульові поранення.

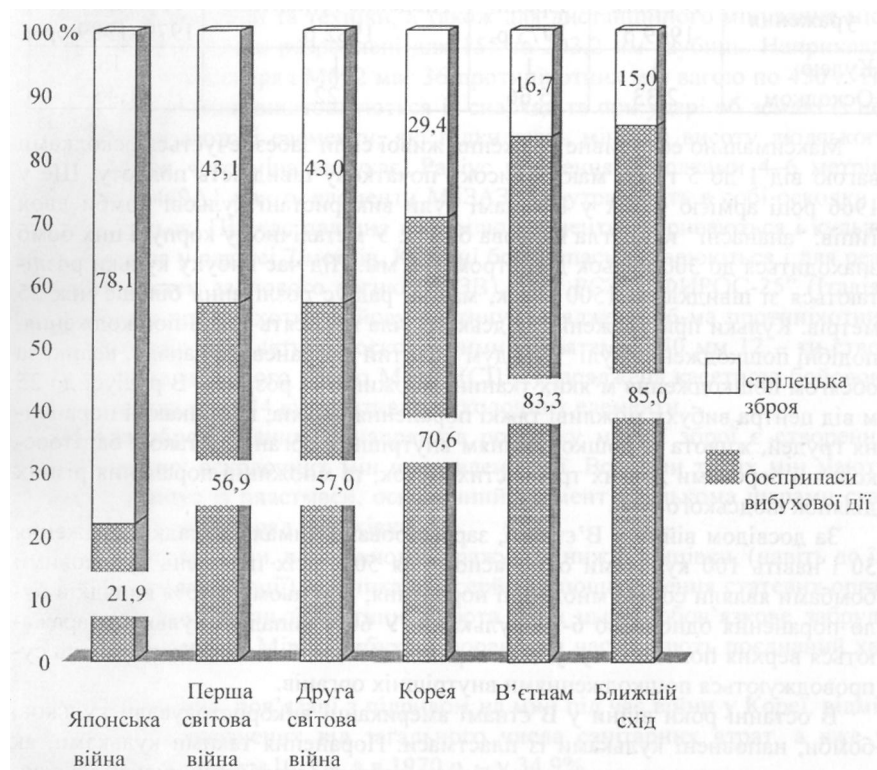


Рис. 3.2. Структура бойової хірургічної патології санітарних втрат від боеприпасів вибухової дії під час різних війн та збройних конфліктів (%)

Узагальнені дані щодо співвідношення кульових і осколкових ушкоджень під час різних воєнних конфліктів подані в табл. 3.11.

В артилерійських снарядах та авіабомбах збільшення вражаючої дії досягається шляхом створення готових (або напівготових) вражаючих елементів (осколків, стрілок, кульок) у корпусі снаряда, а також використанням касетних боеприпасів. Наприклад, снаряд 155-мм гаубиці вміщує в себе 11000

убійних елементів (стріли, кульки тощо), тоді як під час Другої світової війни снаряд цього ж калібру розривався лише на 20 осколків.

Таблиця 3.11

*Співвідношення кульових та осколкових поранень
під час різних конфліктів, у частках*

Вид ураження	Регіон, рік ведення бойових дій			
	В'єтнам 1969 р.	Ізраїль 1973 р.	Південна Атлантика 1982 р.	Афганістан 1979-1989 рр.
Кулею	1	1	1	1
Осколком	2,33	5,66	1,22	1,43

Максимально ефективно ураження живої сили забезпечується осколками вагою від 1 до 5 г, які мають високу початкову швидкість польоту. Ще у 1966 році армією США у В'єтнамі були використані кульові бомби двох типів: "ананасні" та кругла кульова бомба. У металічному корпусі цих бомб знаходиться до 300 кульок діаметром 5-6 мм. Під час вибуху кульки розлітаються зі швидкістю 1500 м/сек, маючи радіус розлітання більше ніж 25 метрів. Кульки при ураженні людського тіла наносять тяжкі пошкодження, подібні пошкодження кулі "дум-дум": звитий хід раневого каналу, великі за обсягом пошкодження м'яких тканин, множинні їх розриви. В радіусі до 25 м від центра вибуху можливі тяжкі поранення черепа, проникаючі поранення грудей, живота із пошкодженням внутрішніх органів, а також багатоосколочні переломи довгих трубчастих кісток, та множинні поранення різних ділянок людського тіла.

За досвідом війни у В'єтнамі, зареєстровано чимало випадків ураження 30 і навіть 100 кульками одночасно, біля 50% всіх поранень кульковими бомбами являли собою множинні поранення, при цьому у 15% випадків було поранення одночасно 6-ма кульками. У 60% випадків кульками вражаються верхня половина тулуба та верхні кінцівки, більше 50% поранень супроводжуються пошкодженнями внутрішніх органів.

В останні роки війни у В'єтнамі американці використовували кулькові бомби, наповнені кульками із пластмаси. Поранення такими кульками, як правило, мають характер сліпих: під час рентгенографії такі кульки не візуалізуються.

Боєприпаси із стріловидними елементами. Найбільш типовим представником боєприпасів вибухової дії є американський снаряд із стрілоподібними убійними елементами. Кількість стріл у ньому залежить від калібру і досягає 5-12 тисяч штук. Дальність розльоту стріловидних елементів під час розриву снаряда дорівнює 500 м. Ефективність цих снарядів у 8 разів вища, ніж осколочно-фугасних. Снаряд калібру 05 мм, наприклад, уражує живу силу на площі 30 тисяч м² (радіус 100 м). У армії США на озброєнні є гранатомет, який має два ствола: нижній (використовується як гранатомет)

та верхній, який вистрілює пучок маленьких оперених стріл довжиною біля 2,5 мм та товщиною 1,53 мм кожна. Безперервна стрільба такими стрілами еквівалентна шквальному вогню сучасної автоматичної зброї. Вражаючу дію стрілоподібних елементів відрізняють множинні ураження, значна проникаюча здатність, розсіювання у тканинах, здатність наносити крапкове поранення порожнинних органів, що у майбутньому призводить до розвитку перитоніту.

Касетні боеприпаси. Касетні артилерійські снаряди призначені для ураження живої сили та техніки, а також для дистанційного мінування місцевості. Такі снаряди розроблені для 155 та 203,2 мм гаубиць. Наприклад, 155 мм касетний снаряд М692 має 36 протипіхотних мін вагою по 450 г. На заданій висоті міни виштовхуються із снаряда та при ударі об землю із неї викидаються азотові елементи, які підкидають міну на висоту людського зросту, після чого міна вибухає. Радіус ураження осколками 4-6 метрів. Снаряди М449А1 мають елементи М43А3, які утримують в собі осколки у вигляді кульок. Під час падіння на землю елементи розриваються і кульки розлітаються у радіусі 7 метрів. Касетні боеприпаси створюються і для реактивних систем залпового вогню (РСЗВ). Так, РСЗВ "ФИРОС-25" (Італія) має касетну протипіхотну бойову частину, заряджену 66-ма протипіхотними мінами або кумулятивно-осколочними гранатами, 240 мм 12-ти ствольна система залпового вогню MLRS (США) заряджена касетною бойовою частиною, яка має 644 кумулятивно-осколочних елементи.

Мінна зброя. Одним із напрямків розвитку мінної зброї є створення протипіхотних осколочних мін направленої дії. Всі типи таких мін мають плоский корпус із пластмаси, осколочний елемент з кількома шарами сталевих кульок та заряд вибухівки.

Протипіхотні міни, в основному, уражують нижні кінцівки, (навіть до їх травматичної ампутації), викликають серйозні пошкодження статевої системи, очеревини, нижньої частини живота. При цьому обов'язкове забруднення рани землею. Мінно-вибухові поранення часто мають поєднаний характер.

Пошкодження, пов'язані з підривом на міні під час війни у Кореї, відмічалися у 3% поранених від загального числа санітарних втрат, а вже у 1968 р. у В'єтнамі-у 10,5%, а в 1970 р. - у 34,9%.

Останнім часом в практичній медицині терміном "ураження від міни" визначають дію не тільки вражаючих факторів у зоні ударної хвилі, але й осколків поза даною зоною. Під час вибуху міни створюється пучок осколків, якими уражується незахищена жива сила у секторі 60-90 градусів на відстані до 25-100 м та більше. Наприклад, під час вибуху міни типу "Клейнор" (США) створюється пучок осколків (700 металевих кульок), які розлітаються на відстані 180 м у секторі 60 градусів. Такі пошкодження, за даними арабо-ізраїльської війни (1973 р.), склали 85,0% та 80,0% під час бойових дій у районі Фолклендських (Мальвінських) островів (1982 р.). Іс-

нує тенденція зростання частоти ураження від мін - до 20,0-42,0% при веденні оборонних бойових дій та партизанської війни.

Високоточна зброя. Високоточна зброя (ВТЗ) — керована зброя, здатна уражати ціль (об'єкт) першим пуском (пострілом) на будь-якій відстані в межах досягнення.

ВТЗ складається із:

- > засобів ураження;
- > засобів управління і наведення;
- > засобів розвідки.

Засобами ураження ВТЗ є: протитанкові ракетні комплекси (ПТРК) наземного і повітряного базування; керовані авіаційні бомби (КАБ) і авіаційні касети, заряджені самокерованими бойовими елементами; артилерійські снаряди та міни, які наводяться на кінцевому відрізку траєкторії польоту; керовані ракети (КР) різних класів.

До засобів управління та наведення ВТЗ належать: автоматичні системи управління (АСУ); бортові і стаціонарні засоби управління.

Засоби розвідки, які використовуються в складі ВТЗ: безпілотні літальні апарати (БЛА); радіолокаційні станції (РЛС); літаки - розвідники; космічні засоби розвідки; наземні засоби розвідки.

Сучасними представниками ВТЗ, які об'єднують всі її складові частини є:

- > розвідувально-ударні комплекси (РУК);
- > розвідувально-вогневі комплекси (РВК).

Принципи дії ВТЗ базуються на використанні лазерної, телевізійної, тепловізійної, інфрачервоної, радіолокаційної та різних комбінованих систем наведення на ціль. Завдяки наявності автоматичних систем управління ці засоби діють за принципом "вистрілив і забув". Оператор здійснює тільки початкове прицілювання (захват цілі) і більше в процесі наведення вражаючих частин ВТЗ на ціль участі не бере.

До основних переваг ВТЗ перед іншими видами зброї можна віднести наступні:

По-перше, при масовому використанні ВТЗ його бойова ефективність зрівнюється з ефективністю атомної зброї малої потужності.

По-друге, селективність вибору цілей для ураження, велика точність і відсутність зараження місцевості дозволяють вести стрільбу ним на будь-якій відстані від переднього краю без остраху випадкового ураження своїх військ.

По-третє, виключається необхідність пристрілювання, характерного для некерованої зброї, що підвищує раптовість вогневого удару. Використання ВТЗ можливе з районів, які не піддаються вогневому впливу противника як через віддалення позицій ВТЗ від лінії фронту, так і за рахунок використання сховищ в складній місцевості.

По-четверте, при застосуванні ВТЗ значно скорочується кількість сил і засобів, що використовуються для вирішення бойових завдань, що може

зменшити втрати в живій силі та техніці, дозволить спростити матеріально-технічне забезпечення військ.

Розглядаючи ВТЗ з медичної точки зору стосовно можливої структури та величини санітарних втрат, які вона викликає, треба відмітити наступне:

1. При широкому використанні противником РУК слід очікувати появу масових санітарних втрат як у бригадах, що безпосередньо ведуть бойові дії, так і в тих, що дислокуються у глибині тилової смуги армійського корпусу (оперативного командування), таким чином ураження можливі на всю глибину бойового порядку.

2. Використання ВТЗ буде супроводжуватись різким збільшенням частки смертельних уражень (до 70%) в загальній кількості втрат, а серед санітарних втрат (30%) різким збільшенням питомої ваги тяжких і вкрай тяжких уражень, які розподіляються наступним чином:

- > легкого ступеня - 15% ;
- > середнього ступеня тяжкості — 15% ;
- > тяжкого ступеня — 20% ;
- > вкрай тяжкого ступеня — 50% .

Боєприпаси об'ємного вибуху (БОВ). В основі використання цього виду звичайної зброї лежить здатність до вибуху мілкодисперсних паливно-повітряних зависей об'ємно-детонуючих систем (ОДС). Принцип дії БОВ має певну аналогію з випадковими вибухами, що відбуваються на підприємствах хімічної промисловості, в зерносховищах, елеваторах, вугледобувних шахтах, в побуті. В цих випадках вибух має однаковий механізм утворення аерозольної суміші летючих рідин з достатньо високою калорійністю, які займаються випадково, або за допомогою детонаторів. При цьому, в певних умовах, які залежать в першу чергу від концентрації та фізико-хімічних властивостей пального, в паливно-повітряній хмарі може виникнути процес детонації.

Вражаючі фактори БОВ:

- > ударна хвиля об'ємного вибуху;
- > тепловий імпульс;
- > отруєння окислом вуглецю та азоту.

Дія ударної хвилі:

- > безпосередній вплив різкого перепаду тиску в навколишньому середовищі;
- > метална дія - удари тіла, отримані під час пересування хвилі відносно предметів навколишнього середовища та ґрунту;
- > побічна дія — поранення військовослужбовців різними предметами (вторинними снарядами), які захоплюються рухливою масою повітряної хвилі.

БОВ другого та третього покоління з метановим зарядом 1000 кг дозволяють отримати тиск у фронті ударної хвилі $0,9 \text{ кг/см}^2$ на відстані 65 м від межі детонації, а $0,42 \text{ кг/см}^2$ на відстані від 120 до 250 м.

Тяжкість пошкоджень при цьому залежить від тиску у фронті ударної хвилі:

- > 0,2—0,3 кг/см² - легкі травми;
- > 0,3-0,6 кг/см² - середньої тяжкості;
- > 0,6-1,0 кг/см² — тяжкі пошкодження.

Внаслідок дії БОВ можуть мати місце такі види механічних уражень, як ізольовані та комбіновані. Комбіновані ураження в свою чергу поділяються на механо-термічні, механотоксичні, механотермотоксичні. Ураження від БОВ можуть мати різну локалізацію та тяжкість. Потрібно мати на увазі, що при ураженні БОВ в першу чергу буде пошкоджений такий критичний орган, як вухо. Також відмічатимуться ураження комоційно-контузійного характеру, крововиливи в мозок, легені, розриви та розчавлювання паренхіматозних та порожнинних органів. Тепловий імпульс може викликати опіки різного ступеня тяжкості. У закритих фортифікаційних спорудах особовий склад може отримати отруєння окисом вуглецю та окисами азоту. Можлива величина та структура санітарних втрат при ураженні БОВ різних військових об'єктів в основних видах бою наведені в табл. 3.12, 3.13.

Таблиця 3.12

Можлива величина санітарних втрат на об'єктах ураження БОВ при різних видах бою, % від особового складу

Об'єкти ураження	Санітарні втрати	
	наступ, %	оборона, %
Моторизовані підрозділи	40,9	30,4
Артилерійські підрозділи на вогневих позиціях	45,4	45,4
Підрозділи бойового забезпечення	38,7	33,4
Тилові підрозділи	47,5	37,4
Пункти управління частин і з'єднань	40,4	34,4

Таблиця 3.13

Можлива структура санітарних втрат на об'єктах ураження БОВ при різних видах бою, % до санітарних втрат

Об'єкти ураження БОВ	Ступінь тяжкості ураження							
	наступ				оборона			
	лег.	серед- ня	тяжка	дуже тяжка	легка	серед- ня	тяжка	дуже тяжка
Моторизовані підрозділи	50,1	29,2	12,1	8,6	55,5	27,7	9,7	8,1
Артилерійські підрозділи	50,1	29,2	12,1	8,6	52,1	28,5	11,0	8,4
Підрозділи бойового забезпечення	53,0	28,7	10,5	8,3	57,2	26,3	9,1	7,4

Запалювальні суміші. Основою цього виду зброї є використання різних видів запалювальних сумішей (речовин), дія яких ґрунтується на їх здатності легко займатися й розвивати високу температуру під час горіння. Відповідно до сучасної класифікації всі сучасні запалювальні суміші поділяються на три основні групи:

- > запалювальні суміші на основі нафтопродуктів - напалми;
- > металізовані запалювальні суміші - пірогелі;
- > термітні запалювальні суміші - терміти.

Всі вони характеризуються високою температурою горіння: 900-1200°C напалми, до 1800°C - пірогелі, до 2200°C — терміти. Добре приліплюються до різних поверхонь та створюють стійкі осередки пожеж.

Для застосування запалювальних сумішей використовуються такі засоби: вогнемети, гранатомети, запальні боеприпаси (авіабомби, касети).

Масове використання запалювальних засобів веде до виникнення великих груп уражених з глибокими термічними опіками, які характеризуються деякими особливостями у клінічному перебігу.

Напалмові опіки локалізуються переважно на відкритих ділянках тіла, причому більш ніж у 75% випадків уражається обличчя. Найбільш поширеним поєднанням є ураження голови і кисті, що відмічається у 66,6% випадків. Напалмові опіки III та IV ступенів складають 75,5%, II ступеня - 24,3%, I-го - дуже рідко.

Якщо на відміну від звичайних термічних опіків, під час яких втрата свідомості трапляється лише у випадку дуже великих пошкоджень, то при використанні напалму втрата свідомості відбувається і тоді, коли уражається менше ніж 10% поверхні тіла. Напалмові опіки в декілька разів частіше, ніж термічні, ускладнюються шоком, від якого характерна висока летальність. Напалмові опіки часто поєднуються з асфіксією, яка викликається набряком гортані, голосової щілини, а також токсемією, що обумовлена продуктами горіння.

Удосконалення цього виду звичайної зброї ведеться в таких напрямках:

- > покращання бойових характеристик запалювальних сумішей шляхом збільшення температури та часу горіння, збільшення адгезії до різних предметів;
- > розробка самозаймистих на повітрі та при з'єднанні із водою сумішей.

Розробка нових видів зброї. В останні роки з'явилися повідомлення про створення інфразвукової, мікрохвильової, променевої (лазерної), генетичної, етнічної та інших видів зброї. Найбільш небезпечними видами зброї масового ураження, які можуть бути створені у майбутньому, є зброя, яка заснована на інших, на відміну від ядерних та термоядерних, видах реакцій (нуклона реакція, реакція анігіляції).

Нуклона реакція - розщеплення нуклонів (протонів, нейтронів) на субелементарні частки — кварки. Під час цього процесу передбачається вивільнення енергії у тисячу разів більше, ніж при сучасних ядерних реакціях.

Реакція анігіляції - з'єднання матерії і антиматерії, внаслідок чого створюється квант світла з КПД близьким до 100%. При цьому вивільнюється максимально можлива кількість енергії (на одиницю маси у 1000 разів більше, ніж при термоядерній реакції). Передбачається, що реакція анігіляції може стати головним джерелом енергії для міжпланетного астрономічного спілкування людей у майбутньому.

Інфразвукова зброя - один із можливих видів зброї масового ураження, заснований на використанні спрямованого випромінювання потужних інфразвукових коливань з частотою менше 16 Гц. Інфразвукові коливання збуджують ЦНС, органи травлення та зору. При частоті 6–7 Гц може майже миттєво наступити смерть від зупинки серця, руйнування судин і внутрішніх органів. Більш високі частоти викликають панічний стан.

Мікрохвильова зброя - використання мікрохвильового випромінювання з метою ураження особового складу. Досліди довели, що інтенсивне ультразвукове радіовипромінювання дециметрового діапазону викликає картину внутрішнього опіку з коагуляцією тканин (опіки шкіри, рогівки очей, руйнування сітківки). Генераторами подібних випромінювань можуть бути пристрої типа радарів або лазера.

Променева (лазерна) зброя - один із можливих видів зброї, заснованих на використанні лазерного випромінювання. Потужні світлові пучки можуть викликати опікові ураження сітківки ока, шкіри.

Генетична зброя - впливає на генетичну структуру людського організму шляхом дії мутагенів — речовин, здатних діяти на генетичну структуру людини. До них належать мітотоксини, що продукуються різними грибами, а також сирнистий іприт, хлор, пестициди, пропазан.

Етнічна зброя - різновид генетичної зброї; її суть у вибірковій дії на окремі етнічні групи людей.

Токсична зброя - використання у виді бойових засобів токсинів - продуктів життєдіяльності деяких бактерій, рослин, тварин.

Вплив на природне середовище. Великі успіхи науки та техніки створили можливості не лише глибоко та вірно розуміти природу, а й змінювати її. Виникла можливість впливати на природне середовище у військових цілях. З'явилися відповідні терміни: "екоцид", "терацид", "екологічна війна", "географічна війна".

Географічна війна означає використання сил природи у військових цілях шляхом активної дії на оточуюче середовище та на фізичні процеси, які протікають у твердій (літосфера), рідкій (гідросфера) та газоподібній (атмосфера) оболонках землі. Це створення штучних землетрусів, потужних приливів типа "цунамі", злив, зміна температурного режиму певних районів землі, створення гірських обвалів, снігових лав.

Метеорологічна війна - використання регулювання погоди у військових цілях. Основним методом ведення метеорологічної війни є розсіювання у

повітрі часток речовин (частіше йодистого срібла або йодистого свинцю), які викликають випадіння опадів.

Реальним також вважається створення штучних вогняних буранів, які можуть поширюватись із значною швидкістю і наносити колосальний збиток.

3.4. Вплив величини і структури санітарних втрат на організацію медичного забезпечення військ

Вивчення закономірностей виникнення, величини та структури санітарних втрат в минулих і сучасних війнах має визначальне значення для організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил), так як надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуація і лікування є важливішою складовою діяльності медичної служби. На підставі наукового аналізу, ретельного науково-практичного дослідження величини і структури санітарних втрат будується (створюється) система медичного забезпечення Збройних Сил України, зокрема:

- > організаційно-штатна структура медичної служби;
- > принципи, форми і методи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (сил);
- > розробка та втілення в практику забезпечення військ нових зразків медикаментів, медичного майна і техніки, засобів евакуації поранених і хворих;
- > створення спеціалізованих лікувальних закладів (мережі закладів) з відповідною ліжковою місткістю;
- > розробка та втілення в практику системи санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, а також медичних заходів щодо захисту особового складу військ від зброї масового ураження тощо.

Вплив величини санітарних втрат на організацію медичного забезпечення військ. При використанні сучасної звичайної зброї характерним є виникнення осередків масового ураження, які наближаються за своїми масштабами до таких, що виникають при застосуванні ядерних боєприпасів надмалої потужності. Масові санітарні втрати серед військ в умовах сучасної війни — якісно нова особливість, яку не можна не враховувати при організації медичного забезпечення. У всіх випадках санітарні втрати будуть характеризуватися яскраво визначеною нерівномірністю по напрямках та часу їх виникнення. Максимальні санітарні втрати можливо очікувати в перші дні бойових дій (операції) та при нанесенні контрударів (контратак). Крім того, в сучасних умовах масові санітарні втрати можуть виникати у військах другого ешелону і у військах, які дислокуються в тилловій смузі оперативних об'єднань. Зазначені обставини слід враховувати як при плануванні, так і при організації медичного забезпечення військ в бою (операції). Це дозволяє, по-перше, бути готовими до суттєвої зміни обсягу роботи, а по-друге, постійно утримувати достатній резерв сил та засобів медичної служби.

Одночасність, масовість, різноманітність бойових уражень, особливості їх виникнення змушують організовувати надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих не в одному лікувальному закладі, як це прийнято у практиці мирного часу, а в ряді медичних підрозділів і закладів, ешелонованих від фронту до тилу, в поєднанні з евакуацією, до того ж часто на значні відстані. Медичні пункти, медичні роти, лікувальні заклади, санітарний транспорт за обставинами можуть потрапити в зону дії бойових засобів противника. Медичні працівники будуть працювати в умовах смертельної небезпеки, яка загрожує як їм, так й пораненим і хворим, які знаходяться на етапах медичної евакуації. При масових санітарних втратах медичним підрозділам і закладам доведеться в короткий час прийняти велику кількість поранених, забезпечити їх медичною допомогою, харчуванням та іншим і бути готовими переміститися на нове місце відповідно до бойової обстановки.

При надходженні на етапи медичної евакуації (медичні пункти, медичні роти, лікувальні заклади) значної кількості поранених і хворих, що перевищує реальні можливості цих етапів з надання встановлених видів медичної допомоги, обсяг медичної допомоги значно змінюється і проводяться тільки невідкладні заходи відповідного виду медичної допомоги.

Вплив структури санітарних втрат на організацію медичного забезпечення військ. Суттєвий вплив на організацію медичного забезпечення військ має якісно нову структуру санітарних втрат, як результат вражаючої дії кожного окремого виду зброї, а також при її одночасному комплексному застосуванні.

Розвиток сучасних видів звичайної зброї закономірно призведе до змін структури санітарних втрат, а також до зміни лікувально-евакуаційної характеристики контингентів поранених і хворих, які надходять на етапи медичної евакуації, табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Характеристика санітарних втрат від сучасних видів звичайної зброї за ступенем тяжкості, (%)

Види звичайної зброї	Санітарні втрати (за ступенем тяжкості)			
	легкі	середньої тяжкості	тяжкі	вкрай тяжкі
Вогнепальна зброя	30	30	15	25
Осколочно-фугасні боєприпаси	35	40	20	5
Касетні боєприпаси	15	30	45	10
Боєприпаси об'ємного вибуху	50	30	10	10
Високоточна зброя	15	15	20	50
Запалювальні суміші	15	55	20	10

На основі аналізу лікувально-евакуаційної характеристики поранених і хворих визначається потреба в різних видах транспорту для евакуації, силах і засобах для надання медичної допомоги, структурі ліжкової мережі, потребі в різних видах медичного майна і техніки. Так, в умовах сучасної війни в результаті застосування БВД значно зростає кількість множинних і поєднаних уражень, що значно ускладнює діагностику та медичне сортування на етапах медичної евакуації і збільшує витрати медичного майна для надання медичної допомоги та лікування. Під час Другої світової війни множинні поранення (від 2 до 10 поранень та більше) складали в середньому 14,2%, а під час локальних конфліктів останніх десятиріч цей показник збільшився і складає від 25,0 до 75,0%. Під час арабо-ізраїльської війни 1973 р. у 70,0% уражених танкістів пошкодження від ударної хвилі поєднувались з опіками.

Важливе значення при плануванні та організації своєчасних і ефективних лікувально-евакуаційних заходів має визначення кількості тих, хто потребує відповідної медичної допомоги на етапах медичної евакуації. Так, невідкладних заходів першої лікарської допомоги потребують до 15,0% поранених хірургічного профілю, а в повному обсязі - до 40%. Невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги можуть потребувати приблизно 21,0% поранених, у тому числі оперативні втручання 7,2%, протишокову терапію - 13,8%.

За розрахунками Медичної школи Сухопутних сил США у Вашингтоні (1987 р.) під час кризових ситуацій воєнного характеру не пов'язаних із застосуванням ядерної зброї реанімаційна допомога буде необхідна приблизно 10,0% уражених. Організація невідкладної допомоги пораненим і хворим під час війни в Афганістані переконливо довела, що кількість постраждалих, які потребують реаніматологічної допомоги, значно більша, ніж це вважалося раніше - 25% (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Потреба в інтенсивній терапії постраждалих з бойовими пошкодженнями, які надійшли у лікувальні заклади 40 Армії, %

Характер пошкодження	Середній показник
Вогнепальне поранення	36,3
Інші травми	17,9
Опіки	45,8
Р а з о м	100,0

Частота виникнення шоку у поранених, що надходили на етапи, де надавалася кваліфікована медична допомога, під час війни в Афганістані відмічалася у 26^12% поранених. При мінно-вибухових пораненнях шок розвивався у 74,5% випадків, при вогнепальних переломах - у 34-45%, при проникаючих пораненнях живота - у 75-82%, грудей - у 83%. У перші роки

війни в Афганістані через неповноцінну протишокову терапію кожний шостий з числа померлих поранених гинув на операційному столі (в першу чергу уражених у голову, живіт, постраждалих від боеприпасів вибухової дії).

Зростання частоти та тяжкості травматичного і опікового шоку в свою чергу збільшує число складних оперативних втручань та їх тривалість (лапаро- та торакотомій - до 2-2,5 год.; первинної хірургічної обробки поранень великих сегментів кінцівок - до 1,5 год.). Досвід медичного забезпечення військ 40 Армії в Республіці Афганістан показує, що час виведення із стану шоку одного пораненого може складати 6–8 год.; з опікового шоку при проведенні інтенсивних протишових заходів протягом перших 48 год. можуть бути виведені тільки 50,0% уражених, у строки від 48 до 72 год. - всі інші. Інфузійно-трансфузійна терапія на етапах, де надавалася кваліфікована медична допомога, під час зазначеного збройного конфлікту проводилася 52,6% пораненим, при цьому переливання крові потребували 52,6% поранених, кровозамінників — 43%. Ці дані свідчать про те, що надання медичної допомоги в сучасних умовах бойових дій буде дуже складним, трудомістким і ресурсозатратним процесом. Тільки організаційні заходи, спрямовані на здійснення інтенсивної передопераційної терапії, дозволять зменшити летальність поранених під час хірургічних операцій.

Місце, вид і обсяг надання медичної допомоги пораненим в системі етапного лікування визначаються станом поранених і локалізацією пошкоджень. Межі коливання частоти поранень різних локалізацій під час війн і збройних конфліктів визначені в наступних цифрах: поранення голови - 7,0-13,0%; шиї - 0,5-1,5%; грудей - 6,6-12,2%; черева - 1,9-9,1%; тазу, попереку та сідниць - 3,2-7,0%; хребта - 0,3-1,5%; верхніх кінцівок - 29,0-45,0%; нижніх кінцівок - 30,0-10,0% .

Слід зазначити, що ураження від сучасної звичайної зброї мають ряд особливостей кількісного та якісного характеру, що відрізняють їх не тільки від інших видів поранень, але й від вогнепальних поранень минулих часів. Удосконалення стрілецької зброї, боеприпасів вибухової дії, використання різних за конструкцією вражаючих елементів (куль різного калібру та ваги, кульок, сфер, кубиків, "напівосколків" заданої ваги та розміру тощо) призвело до значної різноманітності зовнішнього вигляду та структури вогнепальних поранень, характеру пошкодження тканин та загального їх впливу на організм.

Можна виділити наступні особливості сучасних вогнепальних пошкоджень: значна різноманітність видів поранень та самого поранення; виникненню великих дефектів тканин та нерівномірність пошкодження по ходу каналу поранення; наявність великої зони тканин із зниженою життєздатністю; поєднання пошкоджень органів і тканин у різних анатомічних областях; множинні тяжкі поранення, значний загальний вплив на організм. Тому особливого значення набувають час і якість надання медичної допомоги та швидкість евакуації постраждалих для надання кваліфікованої допомоги й

подальшого лікування. Критичною умовою, що визначає результат лікування, при інших однакових умовах надання медичної допомоги є початок надання кваліфікованої хірургічної допомоги не пізніше 5-6 год. з моменту поранення.

Під час війни в Афганістані (1979-1989 рр.), незважаючи на ранне адекватне хірургічне лікування бойових поранень з видаленням усіх видимих відмерлих тканин, зрошення ран, захист тканин за допомогою антибіотиків ранева інфекція розвивалася при пораненнях м'яких тканин у 5,7% поранених, грудей - у 24,8%, черева - у 28,0%, кінцівок з переломами довгих трубчатих кісток — у 33,0%.

Гнійна інфекція як ускладнення серед поранених зустрічалася під час:

- > Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. - у 21,0%;
- > арабо-ізраїльського конфлікту - у 15,4%;
- > війни у В'єтнамі (США) - у 3,9%;
- > збройного конфлікту в районі Фолклендських (Мальвінських) островів - у 25,0%;
- > війни в Афганістані (1979-1989 рр.) - у 8,7%.

Досвід радянської військової медицини під час бойових дій в Афганістані щодо попередження інфекційних ускладнень вогнепальних поранень односторонньо стверджує, що провідним профілактичним принципом, як і під час Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр., є первинна хірургічна обробка (ПХО) поранень. ПХО ран під час війни у Афганістані проводилася у 70-72% поранених, при цьому для 40% — у невідкладному порядку.

Після оперативних втручань практично до 10% від загального числа всіх поранених будуть нетранспортабельними. Орієнтовні терміни тимчасової нетранспортабельності автомобільним санітарним транспортом становлять:

а) поранених після оперативних втручань: трепанація черепа — 21 доба; лапаротомія - 10 діб; торакотомія — 2-4 доби; ампутація кінцівок - 2-3 доби;

б) уражених терапевтичного профілю: контужених з розладом дихання, кровообігу та судомами - 3[^]1 доби; хворі з гострим розладом дихання, серцево-судинної діяльності та функції нирок — 2—3 доби.

При евакуації вертольотами можуть бути евакуйовані в першу добу після надання кваліфікованої медичної допомоги 25,0% уражених хірургічного профілю та 90,0% уражених терапевтичного профілю і хворих; на другу добу - 75,0% та 10,0% відповідно.

Традиційно гострою проблемою воєнного часу залишається організація лікування теоретичної патології. Розмір санітарних втрат хворими залежить від таких факторів, як санітарно-епідемічна обстановка, рівень здоров'я призовного контингенту, клімато-географічні умови ТВД, напруженість та тривалість бойових дій, організація харчування, водопостачання та ін. Так, у війнах XIX - початку XX ст. санітарні втрати хворими у 2[^]1 рази перевищували санітарні втрати пораненими. Під час Великої Вітчизняної війни

1941-1945 рр. вони склали 34,7% усіх санітарних втрат. У 40 Армії під час війни в Афганістані співвідношення цих втрат дорівнювало 10:1 — 8:1.

Необхідно враховувати великий психологічний вплив на особовий склад сучасних засобів збройної боротьби. У структурі санітарних втрат певне місце займають так звані психологічні втрати, під якими розуміють особовий склад, який залишився в строю, але втратив боєздатність внаслідок дії сильних психотравмуючих факторів. Так, під час Ізраїльської війни (1973 р.) кожний четвертий евакуйований мав тільки психоневрологічну травму. Треба відмітити, що вказана категорія санітарних втрат втрачає боєздатність у більшості випадків на 2-3 доби, а біля 70% відновлюють її протягом першої доби. Від швидкого виводу цих осіб із стану нервово-психічного шоку в значній мірі залежать строки відновлення боєздатності частин, які постраждали від ударів противника.

Таким чином, застосування нових засобів ураження та пов'язані з цим зміни у засобах та характері збройної боротьби зумовлюють, по-перше, значне зростання санітарних втрат перш за все за рахунок військ (сил), що знаходяться в оперативній глибині; по-друге, якісні зміни характеру поранень та уражень, різке зростання числа осіб, що потребують невідкладних та трудомістких методів інтенсивної терапії і протишочкових заходів.

Зрозуміло, що приведені показники можливих санітарних втрат слід розглядати творчо, з урахуванням характеру бойових дій, засобів ураження, що застосовує противник, стану військ, кліматогеографічних та інших умов обстановки. Слід враховувати також, що показники величини і структури санітарних втрат є варіабельними. Вони підлягають значним змінам у зв'язку з удосконаленням засобів та способів збройної боротьби. Зневажання у ставленні до тенденції розвитку теорії і практики військової справи, взаємної зумовленості засобів та способів ведення бойових дій може призвести до втрати чітких уявлень про співвідношення санітарних втрат від різних видів зброї, про характер, структуру та особливості виникнення і клінічного перебігу сучасних бойових уражень.

Фахівці медичної служби Збройних Сил України повинні постійно вивчати досвід всіх війн та збройних конфліктів, щоб розуміти особливості ведення сучасних бойових дій, закономірності виникнення втрат особового складу в різних умовах бойової діяльності військ (сил) та накопичувати власний досвід щодо удосконалення всієї системи надання медичної допомоги потерпілим у воєнний час та на випадок екстремальних ситуацій.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Поняття про загальні втрати особового складу військ, визначення.
2. Класифікація санітарних втрат, їх характеристика.
3. Величина санітарних втрат, фактори, які впливають на їх розміри.
4. Сучасна структура санітарних втрат, її залежність від зброї, яку використовує противник.

5. Загальна характеристика ядерної зброї та її вражаюча дія.
6. Загальна характеристика радіологічної зброї та її вражаюча дія.
7. Загальна характеристика хімічної зброї та її вражаюча дія.
8. Загальна характеристика бактеріологічної зброї та її вражаюча дія.
9. Загальна характеристика вогнепальної зброї та її вражаюча дія.
10. Загальна характеристика боеприпасів вибухової дії та їх вражаюча дія.
11. Загальна характеристика боеприпасів із стріловидними елементами, касетних боеприпасів та їх вражаюча дія.
12. Загальна характеристика мінної зброї та її вражаюча дія.
13. Загальна характеристика високоточної зброї та її вражаюча дія.
14. Загальна характеристика боеприпасів об'ємного вибуху та їх вражаюча дія.
15. Загальна характеристика запалювальних сумішей та їх вражаюча дія.
16. Вплив величини санітарних втрат на організацію медичного забезпечення військ.
17. Вплив структури санітарних втрат на організацію медичного забезпечення військ.

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК

4.1. Поняття і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення військ. Головні етапи розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення

Вирішення завдань, які стоять перед медичною службою Збройних Сил України досягається вмілою організацією і чітким здійсненням медичного забезпечення військ. Воно включає: лікувально-евакуаційне забезпечення, санітарно-епідемічне забезпечення, забезпечення підрозділів, частин і закладів медичним майном та заходи медичної служби щодо захисту особового складу від зброї масового ураження.

У комплексі заходів медичного забезпечення, які здійснюються медичною службою в умовах сучасної війни, найскладніша і найвідповідальніша роль належить лікувально-евакуаційному забезпеченню.

Лікувально-евакуаційне забезпечення — це розділ медичного забезпечення Збройних Сил України у воєнний час і в умовах надзвичайних ситуацій мирного часу, яке являє собою систему взаємопов'язаних заходів з надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуації, подальшого лікування та реабілітації. Лікувально-евакуаційне забезпечення є одним із найважливіших складових частин медичного забезпечення збройних сил у воєнний час. Основна його мета — збереження життя і найшвидше відновлення боєздатності і працездатності у можливо більшій кількості військово-службовців, які вибули із строю в результаті бойового ураження або захворювання, що є в умовах сучасної війни найбільш ефективним способом повнення масових бойових втрат особового складу військ.

Досвід медичного забезпечення Збройних Сил Радянського Союзу в період Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр., а також досвід організації медичного забезпечення 40-ї Армії під час війни в Афганістані 1979-1989 рр. та інших збройних конфліктах переконливо доводить, що добре і чітко організоване проведення лікувально-евакуаційного забезпечення є фактором, який в значній мірі визначає ефективність діяльності медичної служби по забезпеченню бойових дій військ.

Головні етапи розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення. Історія військової медицини знає багато різних форм і методів організації лікувально-евакуаційного забезпечення у військах. Воно змінювалось і удосконалювалось зі зміною факторів, які мають вирішальний вплив на діяльність медичної служби. До них зокрема: соціально-економічний та політичний лад держави; організація збройних сил, їх технічне оснащення, особливо засобами ураження; рівень розвитку воєнного мистецтва, медичної науки і системи охорони здоров'я; економічний потенціал країни.

Дуже важливу, перманентно зростаючу роль для визначення найбільш ефективної організації лікувально-евакуаційного забезпечення у військах з кінця XIX століття почали відігравати величина і структура санітарних втрат військ.

Особливості тієї чи іншої лікувально-евакуаційної системи, які залежать від конкретних умов ведення війни (окремих операцій), дуже різноманітні й визначаються двома основними тенденціями в організації лікувально-евакуаційного забезпечення.

Перша з них характеризується намаганням організувати лікування поранених і хворих поблизу від зони бойових дій ("лікування на місці"); друга, — навпаки, намаганням евакуювати із зони бойових дій якомога більше уражених і хворих в тил. Ця тенденція одержала назву "евакуаційної".

При цьому, "лікування на місці" одержало широке розповсюдження в період становлення військової медицини, коли малочислені за кількістю особового складу армії використовували малорухомі лінійні бойові порядки, самі були маломаневрові, а доля війни вирішувалася під час однієї або кількох генеральних битв, що проводились на порівняно обмеженій території, коли шляхи і засоби сполучення були недосконалими, а методи лікування ще досить примітивними.

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення за евакуаційним типом зумовлена неможливістю здійснювати лікування великої кількості уражених і хворих поряд з лінією фронту перш за все у зв'язку з підвищенням небезпеки повторного ураження потерпілих і необхідністю забезпечити високу рухомість засобів медичної служби при маневровому характері бойових дій.

Великий вплив на зростання ролі евакуаційної тенденції мало удосконалення шляхів і засобів сполучення, особливо поява спочатку залізничного, а потім автомобільного й авіаційного транспорту.

Не менше значення мало і удосконалення самого процесу лікування поранених і хворих, зумовлене розвитком медичної науки і технічним оснащенням медичної служби. У зв'язку з цим виникла (особливо при великих санітарних втратах військ) необхідність евакуації значної частини поранених і хворих до лікувальних закладів, які розташовані не тільки на театрі воєнних дій, а й поза його межами, тобто там, де можна було створити належні умови для їх повноцінного лікування, яке відповідало б вимогам медичної науки.

Слід відзначити, що евакуаційна система, як і система лікування на місці, рідко зустрічалися у практиці медичного забезпечення військ у "чистому" вигляді. В залежності від конкретних умов обстановки в деяких випадках переважало лікування поранених і хворих "на місці" - поблизу зони бойових дій, а в інших - евакуація в тил.

Особливо чітко поєднання лікувальних і евакуаційних заходів почало проявлятися у війнах XX століття. У 1916 році професор Військово-

медичної академії (С.-Петербург) Володимир Андрійович Оппель вперше обґрунтував необхідність тісного зв'язку лікувальних та евакуаційних заходів в єдиній системі і назвав сукупність лікувальних і евакуаційних заходів, які взаємно пов'язані одне з одним, етапним лікуванням. З приводу цього він писав: "Під етапним лікуванням я розумію таке лікування, яке не порушується евакуацією і в яке вона входить як обов'язкова складова частина".

Вагомий внесок у розвиток медичного забезпечення військ зробив один із перших докторів медичних наук в галузі медичного забезпечення військ — наш співвітчизник Павло Ілліч Тимофіївський. У ряді його наукових праць, зокрема таких, як: "Санітарна тактика передових перев'язувальних пунктів: денний, оборонний бій", 1909 р., "Схема санітарної служби у період оперативних дій", 1909 р., "Побудова і обладнання лікувальних установ і санітарного транспорту у воєнний час", 1914 р. і, особливо, в підручнику "Санітарна тактика", який, до речі, витримав цілий ряд перевидань, - зроблено вагомий внесок в розробку теорії організації і тактики медичної служби.

Плідно працював над проблемами медичного забезпечення військ, а також у створенні радянської медико-тактичної школи професор Військово-медичної академії (Ленінград) Борис Костянтинович Леонардов. У своїх працях ("Військово-санітарна служба у військовому районі", "Методика і техніка оперативної роботи військових санітарних начальників") Б.К. Леонардов обґрунтував необхідність перебудови системи етапного лікування на принципах евакуації поранених і хворих за призначенням. В 1931 році він писав, що на дивізійних перев'язувальних медичних пунктах поряд з наданням невідкладної медичної допомоги "... повинно даватись призначення на той чи інший тиловий етап санітарної евакуації в залежності від стану евакуйованого, часу, що пройшов з моменту поранення, термінів, протягом яких той чи інший вид медичної допомоги зберігає ефективність його використання і термінів його доставки наявними засобами санітарного транспорту".

Теоретичні положення системи етапного лікування з евакуацією за призначенням були розроблені напередодні Другої світової війни, організаційне ж оформлення цієї прогресивної системи лікування поранених і хворих у воєнний час відбулося лише під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.

Вагомий внесок в розвиток системи етапного лікування з евакуацією за призначенням вніс Юхим Іванович Смирнов. У кінці 1940 року він писав: "...система етапного лікування з евакуацією за призначенням вимагає: чіткої та єдної військово-медичної польової доктрини, особливо для пересувних польових санітарних закладів, які б дозволили здійснювати у військовому тилу всю хірургічну роботу з обов'язковою госпіталізацією поранених і хворих, яким вона життєво необхідна; госпіталізації пораненого після операції; організованого забезпечення начальника медичної служби армії лікувальними закладами та транспортом для здійснення маневру; спеціалізації

ліжкового фонду; відповідності ліжкового фонду тилових етапів медичної евакуації потребам даного етапу. Без цих заходів не може бути і мови про систему етапного лікування з "евакуацією за призначенням".

Теоретичною базою системи етапного лікування з евакуацією за призначенням стали положення військово-медичної польової доктрини. Суть її полягає в наступному: єдине розуміння етіології та патогенезу хвороби, єдине розуміння принципів хірургічної і терапевтичної роботи у польових умовах; спадкоємність у лікуванні поранених і хворих на різних етапах медичної евакуації; обов'язкова наявність стислої, чіткої і послідовної медичної документації, що дозволяє здійснювати повноцінне сортування поранених і хворих та забезпечувати єдину систему лікування та її послідовність на різних етапах медичної евакуації; наявність єдиної школи і єдиних поглядів на методи профілактики і лікування поранених та хворих на різних етапах медичної евакуації; розчленування єдиного лікувального процесу на ряд послідовних, взаємопов'язаних заходів, які характерні певним етапам медичної евакуації, поєднаних з евакуацією поранених і хворих; спеціалізація медичної допомоги (головним чином хірургічної) шляхом створення комплексу спеціалізованих лікувальних закладів та евакуацію до них потерпілих за призначенням; залежність обсягу роботи і методів лікування на етапах медичної евакуації від стану справ на фронті, величини і структури санітарних втрат, кількості лікарів, наявності транспорту, тощо.

У основі системи етапного лікування з евакуацією за призначенням періоду Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. були покладені наступні основні принципи: розчленування (ешелонування) медичної допомоги, своєчасність надання і максимальне її наближення до поранених і хворих, поєднання заходів з надання медичної допомоги і лікування з евакуацією, спадкоємність і послідовність у наданні медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікуванні, спеціалізація медичної допомоги, здійснення евакуації за призначенням.

Під час війни вказані вище теоретичні положення були не тільки реалізовані на практиці, а й отримали подальший розвиток та удосконалення.

Організацією медичного забезпечення військ передбачалось поступове розгортання від фронту в тил низки медичних пунктів і лікувальних закладів: батальйонний медичний пункт (БМП), полковий медичний пункт (ПМП), медико-санітарний батальйон (Медсб), хірургічний польовий пересувний госпіталь (ХППГ) 1-ї лінії, госпіталі 1-го та 2-го ешелонів госпітальної бази армії, госпіталі 1-го та 2-го ешелонів госпітальної бази фронту (ГБФ) та госпіталі тилу країни. При цьому медичні пункти і лікувальні заклади (госпіталі) забезпечували надання визначених видів медичної допомоги пораненим і хворим: на БМП пораненим і хворим надавалась долікарська допомога, на ПМП - перша лікарська допомога, в Медсб (дивізійному медичному пункті) - кваліфікована, у госпіталях - кваліфікована та спеціалізована медична допомога.

У системі етапного лікування з евакуацією за призначенням на медичну службу частин покладалася організація швидкого збору і виносу поранених з поля бою, надання їм першої медичної, долікарської і першої лікарської допомоги. Особлива увага зверталась на своєчасне надання першої медичної допомоги і безперервний виніс уражених з поля бою при будь-яких умовах бойової обстановки.

На дивізійні засоби медичної служби покладалося здійснення евакуації поранених і хворих з частин "на себе" та надання кваліфікованої медичної допомоги. Евакуація уражених і хворих із окремого медичного батальйону здійснювалась засобами медичної служби армії в лікувальні заклади армії, де здійснювалося надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги і лікування тих, у кого не було необхідних показань для евакуації далі в тил. Для вирішення вказаних завдань медична служба армії та фронту мала у своєму розпорядженні госпіталі різного профілю (хірургічний польовий пересувний госпіталь, терапевтичний польовий пересувний госпіталь, госпіталь для легкопоранених, інфекційний польовий пересувний госпіталь, евакуаційний госпіталь та ін., автосанітарні роти, військово-санітарні потяги тощо).

Евакуація поранених і хворих у спеціалізовані лікувальні заклади повинна була виключати інші проміжні етапи. Для цього передбачалося у складі госпітальної бази армії мати спеціалізовані госпіталі. Таким чином, прийнята система медичного забезпечення передбачала розчленування медичної допомоги і лікувальних заходів. Кожному етапові медичної евакуації були властиві певний вид і обсяг медичної допомоги, типовий для даного етапу і відповідний його місцю у системі етапного лікування та штатно-організаційним можливостям.

Ю.І. Смирнов, визначаючи сутність цієї системи, вказував, що вона полягає у проведенні послідовних лікувальних заходів на етапах медичної евакуації у поєднанні з евакуацією поранених і хворих за показаннями, призначенням та в залежності від бойової і медичної обстановки.

Як показав досвід Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр., науково-теоретичні погляди та організаційні принципи, що були покладені в основу системи етапного лікування з евакуацією за призначенням, були успішно реалізовані і зумовили високу ефективність медичного забезпечення, що проявилось у поверненні до строю мільйонів поранених і хворих (72,3% поранених і 90,6% хворих військовослужбовців). Протягом всієї війни поранені і хворі, вилікувані в лікувальних закладах, були важливим джерелом людських ресурсів для армії.

Система етапного лікування з евакуацією за призначенням передбачала швидко доставку пораненого на той етап, де йому могла бути надана спеціалізована медична допомога і проводилось лікування до визначеного результату, пропускаючи при цьому проміжні етапи.

Разом з тим досвід Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. показав виключно велику залежність конкретних форм організації лікувально-евакуаційного забезпечення від бойової, тилової та медичної обстановки, що неодноразово підкреслювалось протягом війни в директивних вказівках і службових листах начальника Головного військового санітарного управління (ГВСУ) Червоної Армії Ю.І. Смирнова. Така залежність у відношенні змісту і обсягу медичної допомоги на етапах медичної евакуації знайшла чітке відображення у "Вказівках з військово-польової хірургії", де зазначалось, що в умовах польової медичної служби обсяг роботи і вибір методу хірургічного втручання та лікування визначаються, головним чином, положенням на фронті, кількістю поранених і хворих що надходять на етап медичної евакуації, їх станом, кількістю лікарів, особливо хірургів, на даному етапі, наявністю автотранспортних засобів, польових лікувальних закладів і медичного оснащення, пори року і погодних умов.

При усіх своїх перевагах система етапного лікування з евакуацією за призначенням періоду Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. мала і певні недоліки.

До них слід віднести необхідність повторного надання хірургічної допомоги пораненим, що було обумовлено неможливістю проведення вичерпних хірургічних втручань на військових етапах медичної евакуації і в хірургічних польових пересувних госпіталях першої лінії. Цьому перешкождали не тільки умови обстановки, а й недостатня в деяких випадках кваліфікація хірургів, які працювали в медико-санітарних батальйонах стрілецьких дивізій та в хірургічних польових пересувних госпіталях першої лінії. На той час не було також засобів, що затримували розвиток інфекції в рані, своєчасне використання яких дозволяє проводити відкладену хірургічну обробку в спеціалізованих лікувальних закладах.

Другим найбільш суттєвим недоліком лікувально-евакуаційної системи періоду Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. була багатоетапність при евакуації поранених (хворих) і наданні їм медичної допомоги. Більшість поранених і хворих в той час проходила послідовно не тільки всі військові етапи медичної евакуації (полковий медичний пункт, дивізійний медичний пункт або хірургічний польовий пересувний госпіталь першої лінії), а й низку ешелонів госпітальних баз армії і фронту, які виконували той же самий обсяг медичної допомоги. Така багатоетапність була обумовлена не тільки неможливістю одночасного вичерпного надання хірургічної допомоги, а й існуючим порядком евакуації. Основним засобом транспортування поранених і хворих у фронтовому тилу і у тилу країни був залізничний транспорт. При цьому були різні його типи (військово-санітарні летючки, тимчасові і постійні військово-санітарні потяги), які працювали на різних ділянках залізничних доріг, що незмінно призводило до послідовного перевантаження поранених та хворих з одного виду залізничного транспорту на інший і по

необхідності розгортання у місцях цього перевантаження відповідних ешелонів госпітальних баз армії або фронту.

Медична служба під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. мала обмежену кількість санітарних літаків, що виключало можливість такої організації евакуації тяжкопоранених, при якому вони безпосередньо надходили б в ешелони госпітальних баз, що розташовувались на великій відстані від лінії фронту, не потрапляючи на попередні етапи медичної евакуації. Багатоетапність евакуації негативно впливала на результати лікувального процесу, при якому збільшувались терміни лікування і погіршувались наслідки. Про це зокрема свідчать дані В.Ф. Петрова, який вивчав залежність термінів лікування від кількості етапів медичної евакуації, що пройшли поранені. Так, при пораненнях верхніх кінцівок з пошкодженням кісток із збільшенням кількості етапів медичної евакуації від трьох до семи термін лікування збільшувався на 48,9, а при пораненнях нижніх кінцівок - на 58,5 діб. До надходження до лікувального закладу, де завершувалось лікування і визначались наслідки, кожний поранений проходив 4-5 етапів медичної евакуації (починаючи з полкового медичного пункту). У складній обстановці кількість етапів досягала 8-9. В.Ф. Петров (1943р.) приводить дані про розподіл уражених за кількістю пройдених ними етапів. Так, три етапи пройшло 19%, чотири етапи - 31,9%, п'ять етапів — 25,4%, шість - 13,8%, більше шести - 4,7%. Основною причиною такого положення було відставання від військ передових ешелонів госпітальних баз і значним їх віддаленням від переднього краю.

Згідно даних І.Д. Крупко частота повторних хірургічних оброблень у лікувальних закладах госпітальної бази складала: при вогнепальних переломах стегна - 64,6%, гомілки - 72,7%, плеча - 50,0%, передпліччя - 34,0%.

Серйозним недоліком роботи медичної служби періоду Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. виявилась проблема своєчасної евакуації уражених і хворих із військ на етапи медичної евакуації. А це в свою чергу приводило до пізнього надходження уражених до лікувальних закладів, затримки з наданням кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги. А причиною цього була невідповідність штатних евакуаційно-транспортних засобів характеру операцій, темпам наступу військ, санітарним втратам і, у зв'язку з цим обсягу евакуації.

Мала рухливість сил і засобів медичної служби перешкождала перегрупуванню лікувальних закладів та виконанню ними маневру.

4.2. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Необхідність подальшого розвитку та удосконалення лікувально-евакуаційної системи обумовлювалась не тільки її недоліками, а й умовами медичного забезпечення військ, що змінилися у післявоєнний час. Поява на

озброєнні сучасних армій засобів масового ураження, нових видів вогнепальної зброї, в'язких запальних сумішей типу напалму призводить до зміни характеру і структури санітарних втрат. При цьому особливе значення для організації лікувально-евакуаційного забезпечення має можливість одночасного виникнення осередків масових санітарних втрат. Висока швидкоплинність бойових дій і часті зміни обстановки будуть вимагати від частин і закладів медичної служби значно більшої рухомості і маневреності, ніж це було під час минулих війн.

Поряд з вказаними змінами умов діяльності медичної служби великий вплив на систему лікувально-евакуаційного забезпечення обумовили успіхи у розвитку медичної науки, що мали місце у післявоєнному періоді, особливо в таких її розділах, як медична радіологія, імунологія, анестезіологія і реаніматологія, трансфузіологія та токсикологія.

Застосування антибіотиків дозволяє при необхідності (наприклад, при масових втратах або при неможливості за умов бойової обстановки надавати хірургічну допомогу) здійснювати хірургічні втручання в значно пізніші строки, ніж це було під час Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. А це в свою чергу дозволяє досить успішно вирішувати завдання з надання одночасної вичерпної хірургічної допомоги пораненим в спеціалізованих хірургічних госпіталях.

Комбінований характер більшості поранень в результаті можливого застосування нових видів зброї і труднощі у визначенні головного синдрому поранення (захворювання) підводять до висновку про необхідність залучати до надання спеціалізованої медичної допомоги і наступного лікування поранених представників різних медичних спеціальностей. Збільшується потреба поранених в терапевтичній допомозі, оскільки значне місце серед бойових уражень займають радіаційні ураження (променева хвороба) і ураження отруйними речовинами, які можуть часто поєднуватись із різними травмами.

Дуже перспективним для удосконалення порядку евакуації за призначенням і зокрема для усунення багатоетапності в евакуації поранених і хворих необхідно вважати широке використання авіаційного транспорту - літаків і вертольотів. Це дозволяє, крім того, значно ширше і легше розосередити потоки поранених і хворих, що підлягають евакуації до лікувальних закладів, які розгорнуті на театрі воєнних дій.

Нові умови діяльності медичної служби призвели до необхідності перебудови системи лікувально-евакуаційного забезпечення у військах на сучасному етапі розвитку військової медицини.

Лікувально-евакуаційне забезпечення військ (сил) являє собою складну високоорганізовану систему, успішне функціонування та удосконалення якої можливо тільки на основі розвиненої матеріально-технічної бази військової та цивільної охорони здоров'я і загальних, прийнятих на воєнний час, принципів організації та єдиної методики управління їх силами та засобами,

забезпечення підготовленими керівними кадрами та достатньою кількістю кваліфікованих спеціалістів.

Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення полягає у своєчасному, послідовному та спадкоємному проведенні пораненим і хворим необхідних лікувальних заходів на полі бою (в осередках масових санітарних втрат) та на етапах медичної евакуації у поєднанні з їх евакуацією до лікувальних частин і закладів, які забезпечують надання вичерпної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію.

Основу сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України становить система етапного лікування поранених і хворих з їх евакуацією за призначенням та реабілітацією.

Означена система має базуватися на таких **принципах**:

- > надання медичної допомоги пораненим і хворим та початок інтенсивної терапії якомога раніше;
- > ешелонування (розчленування, розподіл) медичної допомоги між медичними пунктами та лікувальними закладами;
- > поєднання заходів щодо надання медичної допомоги, лікування та реабілітації поранених і хворих з їх евакуацією;
- > евакуація пораненого чи хворого за призначенням до того лікувального закладу, де йому може бути надана не тільки радикальна, а бажано й вичерпна медична допомога з наступним лікуванням до одужання;
проведення інтенсивної терапії тяжкопораненим і тяжкохворим під час евакуації;
- > послідовність і спадкоємність у наданні медичної допомоги, лікуванні та реабілітації;
- > спеціалізація медичної допомоги, лікування й реабілітація поранених і хворих.

Поряд з цими принципами для сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення характерно:

- > широке застосування механізованих засобів для збору, вивезення з поля бою та евакуації поранених і хворих, а також залучення сил і засобів командування до участі у проведенні рятувальних робіт в осередках масових санітарних втрат;
- > наближення сил і засобів медичної служби (медичних підрозділів і частин, евакуаційно-транспортних частин) до районів виникнення санітарних втрат з метою якомога швидшого надання кваліфікованим медичним складом медичної допомоги пораненим і хворим і початку інтенсивної терапії тяжкопоранених у безпосередній близькості від місця ураження;
- > прагнення до вчасної, одномоментної, радикальної та вичерпної медичної допомоги з наступним лікуванням тих поранених і хворих, що не потребують подальшої евакуації;

- > повернення до строю максимальної кількості уражених і хворих з якомога нижчого етапу медичної евакуації;
- > максимальне скорочення кількості етапів медичної евакуації в лікувально-евакуаційному процесі;
- > маневрування видами й обсягом медичної допомоги на етапах медичної евакуації;
- > поєднання лікувально-евакуаційного забезпечення із заходами по захисту поранених і хворих, а також сил і засобів медичної служби від зброї масового ураження;
- > чітке визначення контингентів, які підлягають остаточному лікуванню на тому чи іншому етапі медичної евакуації залежно від медичних показань, оперативно-бойових і медичних обставин;
- > концентрація основних засобів надання кваліфікованої медичної допомоги в корпусній ланці медичної служби, а засобів завершення кваліфікованої і надання спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим з їх наступним лікуванням - у ланці оперативного командування;
- > широке використання територіальних госпітальних баз для надання медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та реабілітації;
- > ешелонування сил і засобів медичної служби та широке маневрування ними в ході операції.

У сучасних умовах питання найбільш доцільної організаційної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби, найраціональніше їх використання набуває особливої гостроти. Так, максимально можливе наближення сил та засобів медичної служби до бойових порядків військ можна досягти двома способами:

1) створення у військах досить потужного штатного угруповання сил та засобів медичної служби;

2) підсилення нижчої ланки медичної служби за рахунок вищої.

Проведений аналіз організаційної структури медичної служби військової та армійської ланок свідчить, що в медичній службі Радянської армії мав перевагу перший спосіб, тобто утворення потужного штатного угруповання медичних сил та засобів у кожній військовій частині, з'єднанні, тобто зосередження його в руках нижчого начальника медичної служби. Наприклад, у безпосередньому розпорядженні начальника медичної служби полку знаходилось тільки 25,0% санітарного транспорту від його загальної кількості у полку; у начальника медичної служби дивізії також були дуже обмежені можливості щодо підсилення полків з'єднання силами та засобами надання першої лікарської допомоги.

У той же час, в сучасних умовах, при виникненні масових санітарних втрат і нерівномірності їх розподілу за часом та місцем (тобто у різних елементах бойових порядків та оперативної побудови військ) принципового значення набуває другий спосіб - якомога більш широкий маневр силами та

засобами медичної служби, що здійснює вища ланка в інтересах нижчої. Це, так званий, "маневр зглибини". Останній, як відомо, передбачає концентрацію достатньої кількості сил та засобів медичної служби в руках старшого начальника і централізованого їх використання в інтересах всієї підлеглої служби.

Ізольоване застосування тільки одного з вказаних способів не дозволяє вирішити ті складні завдання, що стоять перед медичною службою в сучасних умовах. Оптиміальне співвідношення цих двох способів, які вирішують одне й те саме завдання, але на різних рівнях керівництва, дозволить доцільно і вірно розподілити штатні сили та засоби, призначені для підсилення.

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення включає також медичну реабілітацію - комплекс лікувальних, військово-професійних і морально-психологічних заходів, спрямованих на відновлення бое- та працездатності поранених і хворих.

Завдання скорішого повернення до строю уражених і хворих успішно вирішувалось і під час Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. Але виключно важливе значення воно буде мати в умовах ракетно-ядерної війни, коли повернення до строю поранених і хворих при масових втратах особового складу військ стане головним джерелом поповнення діючої армії. Крім того, під час минулої війни реабілітаційні заходи проводились тільки у відношенні легкопоранених і легкохворих в армійських і фронтових госпіталях для легкопоранених (ГЛП). На сучасному етапі розвитку військової медицини мова йде про створення спеціальних центрів реабілітації у складі госпітальних баз, куди поряд з легкопораненими і легкохворими (первинний контингент реабілітації) буде надходити і так званий вторинний контингент реабілітації, тобто всі поранені і хворі, перспективні для повернення в стрій, які спочатку були направлені у відповідні до характеру і тяжкості їх ураження госпіталі (хірургічні, терапевтичні, неврологічні та ін.), які закінчили період госпітального лікування і потребують відновлення тимчасово втрачених функцій. Наявність суворо контрольованої системи реабілітації дозволить, по-перше, максимально скоротити терміни відновлення боєздатності і повернення в стрій значної кількості поранених (хворих) і, по-друге, забезпечить суттєве скорочення термінів вивільнення госпітальних баз та їх використання в інтересах медичного забезпечення наступних операцій.

Успішне здійснення лікувально-евакуаційного забезпечення (ЛЕЗ) досягається:

- > створенням угруповань сил і засобів медичної служби, які відповідають конкретній обстановці і тим завданням, які потрібно вирішувати; їх вмільм та ефективним використанням, а також максимально можливим наближенням до районів (осередків) найбільших санітарних втрат;
- > розшуком, збором і вивозом (виносом) поранених і хворих з поля бою у короткі терміни; своєчасним наданням повноцінної першої медич-

ної та долікарської (фельдшерської) допомоги, своєчасною і дбайливою евакуацією їх на етапи медичної евакуації;

- > своєчасним розгортанням етапів медичної евакуації, чіткою їх роботою, що забезпечує надання пораненим і хворим медичної допомоги в установленому обсязі та в оптимальні строки;
- > активним запровадженням у практику ефективних методів діагностики, надання медичної допомоги і лікування поранених та хворих;
- > чітким веденням медичної документації.

У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення особливе значення має **своєчасність** надання медичної допомоги, **спадкоємність** і **послідовність** лікувальних заходів, тобто дотримання єдиних методів лікування поранених і хворих та послідовне нарощування лікувальних заходів на етапах медичної евакуації. Медична допомога повинна бути надана у терміни, які будуть оптимальними для наступного відновлення здоров'я пораненого і хворого (перша лікарська допомога - протягом 4-5 годин, кваліфікована - 8-12 годин з моменту поранення (захворювання), а при ураженні ФОР - перша лікарська допомога - протягом 2-4 годин, кваліфікована терапевтична допомога — 6-8 годин з моменту появи ознак інтоксикації).

Своєчасність медичної допомоги досягається організацією безперервного вивозу (виносу) поранених і хворих з поля бою (осередків масового ураження), швидкою їх доставкою на етапи медичної евакуації та правильною організацією роботи останніх. Суттєве значення має також наближення етапів медичної евакуації (ЕМЕ) до військ і своєчасне їх висування до районів і рубежів масових санітарних втрат.

Спадкоємність у лікуванні поранених і хворих досягається насамперед єдиним розумінням патологічних процесів, які проходять в організмі при пораненнях і захворюваннях, єдиними методами їх профілактики та лікування. Обов'язковою умовою спадкоємності медичної допомоги являється чітке ведення медичної документації. Без цього неможливо знати, яка медична допомога вже надана на попередньому етапі евакуації і, як наслідок цього, як потрібно її продовжувати.

Послідовність у лікуванні поранених і хворих полягає у збільшенні обсягу медичної допомоги та ускладненні технології її надання на наступних етапах медичної евакуації.

4.3 Поняття про етап медичної евакуації, завдання, які він виконує, вимоги до розгортання та принципова схема його розгортання

Медична допомога пораненим і хворим (окрім першої медичної і долікарської) та їх лікування здійснюється на медичних пунктах частин, медичних ротах бригад і в лікувальних закладах, які розгортаються на шляхах евакуації від фронту в тил у певній послідовності. Медичні пункти, медичні

роти і лікувальні заклади отримали узагальнюючу назву етапів медичної евакуації.

Етап медичної евакуації — це сили і засоби медичної служби (медичні пункти, медичні роти і лікувальні заклади), що розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених і хворих, надання їм медичної допомоги, лікування і підготовки до подальшої евакуації тих з них, хто цього потребує. Принципова схема розгортання етапу медичної евакуації подана на рис. 4.1.

У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення основними етапами медичної евакуації являються: медичний пункт окремої частини, медична рота бригади, військовий польовий пересувний госпіталь (ВППГ) медичної бригади армійського корпусу, лікувальні заклади пересувної госпітальної бази (ПГБ), лікувальні заклади територіальної госпітальної бази (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я України.

До числа етапів медичної евакуації може бути віднесений медичний пункт батальйону (МПБ), якщо він розгортається і працює на місці (наприклад, в обороні).

Кожному етапу медичної евакуації характерний визначений (типовий) вид медичної допомоги (медичному пункту окремої частини — перша лікарська допомога, медичній роті бригади — перша лікарська і невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги, військовому польовому пересувному госпіталю — кваліфікована медична допомога і лікувальним закладам госпітальних баз — кваліфікована і спеціалізована медична допомога).

Однак в сучасній війні часто будуть складатись умови, при яких кількість поранених і хворих, що потребують того чи іншого виду медичної допомоги, властивого даному етапу медичної евакуації, суттєво перевищить можливості її надання. Тому сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення і передбачає групування заходів першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги по терміновості її надання і відповідні зміни обсягу допомоги. Ці зміни визначаються конкретними умовами бойової і тилової обстановки, величиною і структурою санітарних втрат, забезпеченістю підрозділів, частин і закладів медичної служби силами і засобами, які дозволяють надавати той чи інший вид медичної допомоги, можливістю сучасної доставки поранених і хворих на наступні етапи медичної евакуації тощо.

Зміна обсягу медичної допомоги в сторону скорочення на даному етапі медичної евакуації може привести до зміни на наступному етапі не тільки обсягу, а й виду медичної допомоги. Так, наприклад, у зв'язку із скороченням обсягу медичної допомоги на медичних пунктах частин, медичних ротах бригад у військових польових пересувних госпіталях виникне необхідність надавати не тільки кваліфіковану медичну допомогу, а й першу лікарську допомогу значній кількості поранених і хворих.

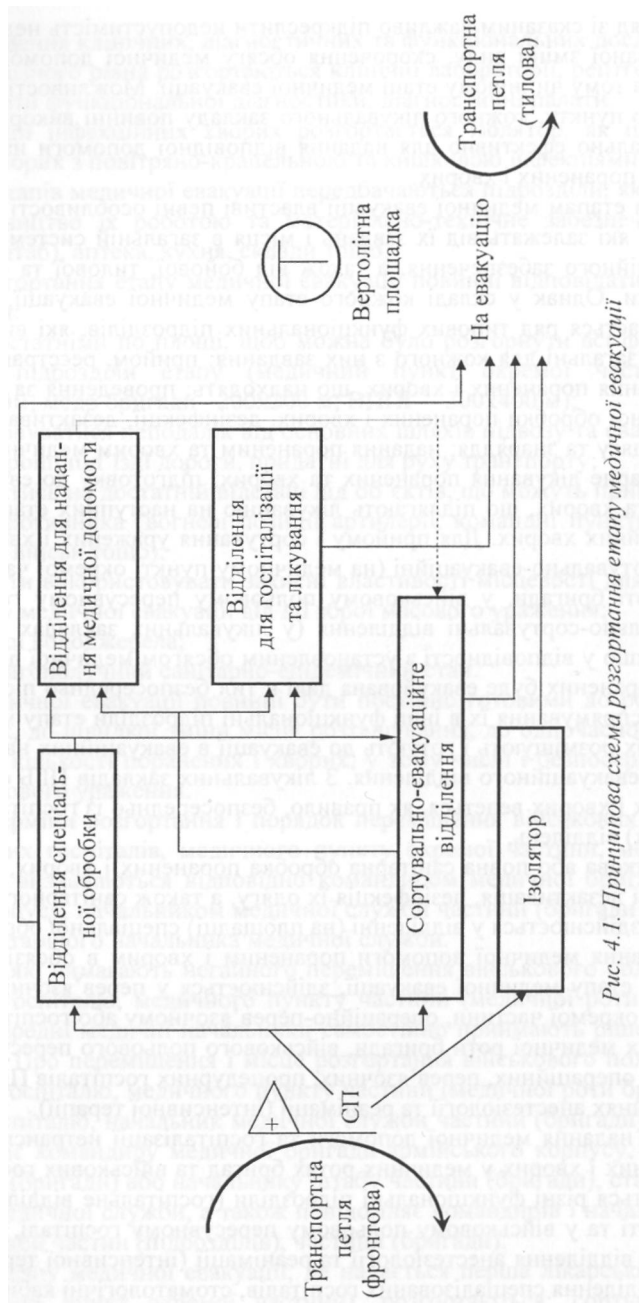


Рис. 4.1. Принципова схема розгортання етапу медичної евакуації

Поряд зі сказаним важливо підкреслити недопустимість недостатньо обґрунтованої зміни виду, скорочення обсягу медичної допомоги, яка надається на тому чи іншому етапі медичної евакуації. Можливості кожного медичного пункту, кожного лікувального закладу повинні використовуватись максимально ефективно для надання відповідної допомоги найбільшій кількості поранених і хворих.

Всім етапам медичної евакуації властиві певні особливості в організації роботи, які залежать від їх завдань і місця в загальній системі лікувально-евакуаційного забезпечення, а також від бойової, тилової та медичної обстановки. Однак у складі кожного етапу медичної евакуації, як правило, розгортається ряд типових функціональних підрозділів, які виконують наступні, загальні для кожного з них завдання: прийом, реєстрацію, медичне сортування поранених і хворих, що надходять; проведення за показаннями санітарної обробки поранених і хворих, дезінфекції, дезактивації та дегазації їх одягу та знаряддя; надання пораненим та хворим медичної допомоги; стаціонарне лікування поранених та хворих; підготовку до евакуації поранених та хворих, що підлягають лікуванню на наступних етапах; ізоляцію інфекційних хворих. Для прийому і сортування уражених і хворих призначені сортувально-евакуаційні (на медичному пункті окремої частини, медичній роті бригади, у військовому польовому пересувному госпіталі) або приймально-сортувальні відділення (у лікувальних закладах госпітальних баз). Якщо у відповідності з установленим обсягом медичної допомоги частина поранених буде евакуйована далі в тил безпосередньо після сортування, без спрямування їх в інші функціональні підрозділи етапу медичної евакуації, їх розміщують і готують до евакуації в евакуаційних наметах сортувально-евакуаційного відділення. З лікувальних закладів ПГБ евакуація поранених і хворих ведеться, як правило, безпосередньо із госпітальних (лікувальних) відділень.

Часткова або повна санітарна обробка поранених і хворих, часткова дегазація і дезактивація, дезінфекція їх одягу, а також санітарного транспорту та нош здійснюється у відділенні (на площадці) спеціальної обробки.

Надання медичної допомоги пораненим і хворим в обсязі, властивому даному етапу медичної евакуації, здійснюється у перев'язочній медичного пункту окремої частини, операційно-перев'язочному або госпітальному відділеннях медичної роти бригади, військовому польовому пересувному госпіталю, в операційних, перев'язочних, процедурних госпіталів ПГБ, а також у відділеннях анестезіології та реанімації (інтенсивної терапії).

Для надання медичної допомоги та госпіталізації нетранспортабельних поранених і хворих у медичних ротах бригад та військових госпіталях призначаються різні функціональні підрозділи (госпітальне відділення у медичній роті та у військовому польовому пересувному госпіталі, протишокові палати, відділення анестезіології та реанімації (інтенсивної терапії), лікувальні відділення спеціалізованих госпіталів, стоматологічні кабінети).

Для проведення клінічних, діагностичних та функціональних досліджень в госпіталях різного рівня розгортаються клінічні лабораторії, рентгенівські кабінети, палати функціональної діагностики, діагностичні палати.

Для ізоляції інфекційних хворих розгортається ізолятор, як правило, окремо для хворих з повітряно-крапельною та кишковою інфекціями.

У складі етапів медичної евакуації передбачаються підрозділи, які здійснюють керівництво їх роботою та матеріально-технічне забезпечення - управління (штаб), аптека, кухня, склади тощо.

Місця розгортання етапу медичної евакуації повинні відповідати наступним вимогам:

- > бути достатніми по площі, щоб можна було розгорнути всі функціональні підрозділи етапу (медичний пункт окремої частини - 100x100м; медр бригади -200x300 м; ВППГ - 300x400 м);
- > розташовуватися неподалік від основних шляхів підвозу та евакуації і мати хороші під'їзди дороги, придатні для руху транспорту;
- > знаходитись на достатній відстані від об'єктів, що можуть привертати увагу противника (вогневі позиції артилерії, командні пункти (КП), резерви військ тощо);
- > дозволяти використовувати захисні властивості місцевості для захисту етапу медичної евакуації від дії зброї масового ураження;
- > мати свої вододжерела;
- > мати благополучний санітарно-епідемічний стан.

Етапи медичної евакуації повинні бути постійно готовими до роботи в різних умовах, до швидкої зміни місця розташування, до одночасного прийому великої кількості поранених і хворих, у тому числі і безпосередньо з осередків масового ураження.

Райони, терміни розгортання і порядок переміщення військових польових пересувних госпіталів, медичного пункту окремої частини, медичної роти бригади визначаються відповідно командиром медичної бригади армійського корпусу, начальником медичної служби частини (бригади) згідно з вказівками старшого начальника медичної служби.

В умовах, які вимагають негайного переміщення військового польового пересувного госпіталю, медичного пункту частини (медичної роти бригади), — безпосередні медичні начальники самостійно приймають рішення на переміщення. Про переміщення і місце розгортання військового польового пересувного госпіталю, медичного пункту частини (медичної роти бригади) начальник госпіталю, начальник медичної служби частини (бригади) терміново доповідає командирі медичної бригади армійського корпусу, командирі частини (бригади) або начальнику штабу частини (бригади), старшому начальнику медичної служби, а також повідомляє командирів і начальників медичної служби частин (підрозділів), частини (бригади).

У складі етапу медичної евакуації, де надається перша лікарська допомога (медичний пункт окремої частини), розгортаються: сортувально-

евакуаційне відділення (сортувальний пост, сортувальна площадка, площадка спеціальної обробки, приймально-сортувальна та евакуаційна); перев'язочна; ізолятор; аптека; обладнується площадка для розміщення кухні, місця для транспорту і збору зброї, яка приймається від поранених і хворих.

Медичний пункт окремої частини повністю розгортається протягом 30 хвилин влітку і через 45 хвилин взимку.

В медр бригади розгортаються наступні функціональні підрозділи: сортувально-евакуаційне відділення; відділення спеціальної обробки; операційно-перев'язочне відділення; госпітальне відділення; аптека.

Окрім того, медр розгортає: їдальню; склади та інші підрозділи обслуговування.

Медична рота повинна бути розгорнута і повністю готова до прийому поранених і хворих через 2 години влітку і через 3 години взимку після прибуття до місця розгортання. Причому, готовність першої черги, що визначається розгортанням сортувально-евакуаційного та операційно-перев'язочного відділень, повинна забезпечуватися через 40 хвилин після прибуття медр на місце розгортання.

У складі етапу медичної евакуації, призначеному для надання кваліфікованої медичної допомоги, (ВППГ), як правило, розгортаються: пункт управління; сортувально-евакуаційне відділення; відділення спеціальної обробки; операційно-перев'язочне (хірургічне) відділення; відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії; госпітальне (терапевтичне) відділення; відділення для легкопоранених; підрозділи забезпечення (аптека, їдальня, склади).

ВППГ повинен бути розгорнутим повністю за 2 години влітку і 3 години взимку, поблизу місця його розгортання може обладнуватись злітно-посадкова смуга (площадка) для санітарних літаків (вертольотів). Причому готовність першої черги, що визначається розгортанням сортувально-евакуаційного та операційно-перев'язочного відділень, повинна забезпечуватись через 40 хвилин після прибуття ВППГ на місце розгортання.

4.4. Види та обсяг медичної допомоги

Існує два основні поняття, які визначають зміст лікувально-евакуаційних заходів при наданні медичної допомоги пораненим і хворим - **вид медичної допомоги і обсяг медичної допомоги**.

Вид медичної допомоги. Під видом медичної допомоги розуміють певний перелік (комплекс) лікувально-профілактичних заходів, які проводяться при пораненнях і захворюваннях особовим складом військ та медичною службою на полі бою, в осередках масових санітарних втрат і на етапах медичної евакуації.

Конкретний **вид медичної допомоги визначається** місцем надання, підготовкою осіб, які її надають, та наявністю необхідного обладнання і оснащення.

У процесі лікувально-евакуаційного забезпечення у військах передбачається надання наступних видів медичної допомоги: перша медична допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога і спеціалізована медична допомога, рис 4.2.

Перша медична допомога надається безпосередньо на місці поранення або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами і санітарними інструкторами підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

Долікарська (фельдшерська) допомога надається фельдшерами батальйонів на медичних пунктах батальйонів, які очолюються фельдшерами (при масових санітарних втратах і на медичному пункті частини, в медичній роті бригади).

Перша лікарська допомога надається лікарями загальної практики на медичних пунктах частин і на медичних ротах бригад, а також на медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), які очолюють лікарі (часто у військовому польовому пересувному госпіталі при масовому надходженні поранених і хворих).

Кваліфікована медична допомога надається лікарями хірургами і терапевтами у військових польових пересувних госпіталях (невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги у медичних ротах бригад) та деяких лікувальних закладах госпітальних баз.

Спеціалізована медична допомога і лікування надається лікарями-спеціалістами у лікувальних закладах пересувних госпітальних баз оперативного командування та територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України.

Обсяг медичної допомоги. Обсяг медичної допомоги – це сукупність лікувально-профілактичних заходів, які здійснюються пораненим і хворим на даному етапі медичної евакуації.

Обсяг медичної допомоги і терміни лікування поранених і хворих залежать від умов бойової, тилової і медичної обстановки і встановлюються: для військового польового пересувного госпіталю – начальником медичної служби армійського корпусу; для медичного пункту частини (медичної роти бригади) – старшим начальником медичної служби.

При необхідності своєчасного надання медичної допомоги великій кількості поранених і хворих, які її потребують, та при інших особливих умовах обсяг медичної допомоги може бути скорочений рішенням начальника військового польового пересувного госпіталю, начальника медичної служби полку (бригади) або начальника медичного пункту полку (бригади) з терміною доповіддю про це командирів медичної бригади армійського корпусу, командирів полку (бригади) і старшому начальнику медичної служби.

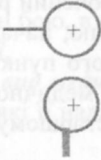

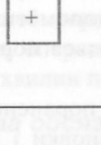
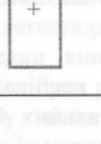
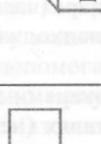
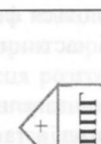
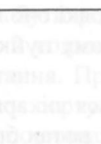
Рота	Батальйон	Окрема частина (полк)	Бригада	Армійський корпус	Оперативне командування
					 
Перша медична допомога		Перша лікарська допомога (фельдшерська) допомога			
		Перша лікарська допомога (4-5 годин)			
		Кваліфікована медична допомога (8-12 годин)			
		Спеціалізована медична допомога, спеціалізоване лікування, реабілітація			

Рис. 4.2 Види медичної допомоги, які надаються в Збройних Силах України

Перша медична допомога спрямована на тимчасове усунення причин, які загрожують життю пораненого (хворого) у даний момент та попередження розвитку тяжких ускладнень. Вона включає:

- > витягування постраждалих з бойових машин, тяжкодоступних місць, осередків пожеж та з-під завалів тощо;
- > гасіння палаючого одягу і запалювальних сумішей, що попали на тіло;
- > надівання протигазу при знаходженні на зараженій місцевості;
- > тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі;
- > введення антидотів ураженим отруйними речовинами;
- > усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові і можливих чужорідних предметів, фіксування язика при його западанні, введення повітропроводу;
- > введення знеболюючих засобів за допомогою шприц-тюбика;
- > накладання асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, а при відкритому пневмотораксі - оклюзійної пов'язки із використанням гумової обкладинки індивідуального перев'язувального пакету;
- > іммобілізацію пошкоджених ділянок із використанням табельних і підручних засобів;
- > часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри і дегазацію одягу, що прилягає до цих ділянок, за допомогою індивідуального протихімічного пакету;
- > вживання антибіотиків, протиблювотних та інших лікарських засобів.

При наданні першої медичної допомоги в першу чергу використовуються індивідуальні засоби медичного захисту постраждалого і тільки після цього - індивідуальні засоби того, хто надає допомогу, а також засоби із сумки медичної військової чи сумки санітара.

Своєчасне надання першої медичної допомоги має надзвичайно велике значення. Досвід Другої світової війни показав, що біля 20% всіх вбитих могли б вжити, якщо б їм своєчасно була надана допомога на полі бою, хоча б у порядку взаємодопомоги. Біля 40% всіх поранених, загиблих на полі бою, померли від шоку і крововтрати. До 13% поранених надходили на полковий медичний пункт у вкрай тяжкому стані з наявною артеріальною кровотечею, без накладених джгутів, а 50% - з переломами кісток без іммобілізації.

У роки Великої Вітчизняної війни 1941—1945 рр. перша медична допомога надавалась у 5-9% випадків у порядку самодопомоги, у 32,3% - у порядку взаємодопомоги, у 53% - санітарами і санітарними інструкторами рот, у 2,6% - фельдшерами батальйонів, у 6,2% — лікарями частин. Тільки у 84,4% вона надавалась на полі бою.

Долікарська (фельдшерська) допомога надається з метою боротьби із загрозливими для життя наслідками поранення (захворювання) і попере-

дження тяжких ускладнень. Доповнення до першої медичної допомоги вона включає:

- > усунення асфіксії (введення повітропроводу, штучна вентиляція легень за допомогою портативних апаратів, інгаляція кисню та інше);
- > контроль за правильністю і доцільністю накладання джгута, накладання джгута при кровотечі, що продовжується;
- > накладання і виправлення неправильно накладених пов'язок;
- > повторне введення знеболюючих засобів, антидотів за показаннями, дачу антибіотиків;
- > покращання транспортної іммобілізації за допомогою табельних і підручних засобів;
- > введення серцево-судинних та інших лікувальних засобів за показаннями;
- > повторна часткова санітарна обробка відкритих ділянок шкіри та дегазація одягу, що прилягає до цих ділянок шкіри;
- > зігрівання поранених і хворих, дачу гарячого чаю (за виключенням поранених у живіт).

Перша лікарська допомога надається з метою усунення або зменшення наслідків поранень (захворювань), які загрожують життю поранених і хворих, попередження розвитку ускладнень або зменшення їх тяжкості, а також підготовки постраждалих до подальшої евакуації.

Заходи першої лікарської допомоги по терміновості їх виконання розподіляються на дві групи:

- > невідкладні заходи;
- > заходи, виконання яких може бути вимушено відкладено.

Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених і хворих. Вони включають:

- > • зупинку зовнішньої кровотечі (введення тампону у рану з накладанням шкірних швів, прошивання судин у рані, накладання затискувача (лігатури) на судину, що кровоточить, контроль за правильністю і доцільністю накладання джгута і накладання джгута при наявності показань);

- У усунення гострої дихальної недостатності (відсмоктування слизу, блювотних мас і крові з верхніх дихальних шляхів, введення повітропроводу, фіксація язика, відсічення або підшивання звисаючих лоскутів м'якого піднебіння і бокових відділів глотки, штучна вентиляція легень, інгаляція кисню, накладання окклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі, інгаляція парів етилового спирту при набряку легень, пункція або торакоцентез при напруженому пневмотораксі);
- > переливання крові і кровозамінників при тяжкому шоку та значній крововтраті;
- > новокаїнові блокади і введення знеболюючих засобів при виникненні травматичного шоку;

- > транспортну іммобілізацію (або її покращання) при переломах кісток і великих пошкодженнях м'яких тканин, які загрожують розвитком небезпечних для життя ускладнень; накладання стандартної транспортної прашевидної шини при переломах щелеп;
- > відсікання кінцівки, яка висить на лоскуті м'яких тканин ("транспортна ампутація");
- > катетеризацію або капілярну пункцію сечового міхура при затримці сечовиділення;
- > часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри, дегазацію пов'язок та одягу; зміну одягу, зараженого стійкими отруйними речовинами; зняття протигазу з тяжкопоранених і тяжкохворих;
- > промивання очей при ураженні отруйними речовинами шкірно-наривної дії з наступним введенням у кон'юнктивальний мішечок спеціальних очних мазей;
- > введення за показаннями антидотів, антибіотиків, протисудомних, бронхорозширюючих, протиблювотних, серцево-судинних, десенсибілізуючих та інших засобів;
- > використання антитоксичної сироватки при отруєннях бактеріальними токсинами і проведення неспецифічної профілактики при ураженні бактеріологічною (біологічною) зброєю;
- > промивання шлунку за допомогою зонда при попаданні отруйних речовин у шлунок і введення адсорбенту.

При станах, що не загрожують життю поранених і хворих, заходи першої лікарської допомоги можуть бути вимушено відкладені. До заходів першої лікарської допомоги, які можуть бути вимушено відкладені, належать:

- > виправлення пов'язок і покращення транспортної іммобілізації;
- > проведення новокаїнових блокад і введення знеболюючих засобів при пошкодженнях середньої тяжкості;
- > дегазація рани при зараженні стійкими отруйними речовинами;
- > ін'єкції антибіотиків і профілактика правцю при відкритих травмах і опіках;
- > проведення дезінтоксикаційної терапії і використання антибіотиків при радіаційних та хімічних ураженнях;
- > зміна пов'язок при забрудненні рани радіоактивними речовинами;
- > призначення симптоматичних медикаментозних засобів.

Повний обсяг першої лікарської допомоги включає проведення невідкладних заходів і заходів, проведення яких може бути вимушено відкладено. Надання першої лікарської допомоги в повному обсязі вимагають 40% поранених і хворих від тієї кількості, які надходять на медичні пункти частин, медичні роти бригад. Скорочення обсягу першої лікарської допомоги здійснюється за рахунок заходів другої групи. Надання невідкладних захо-

дів першої лікарської допомоги вимагають 10—15% поранених і хворих, які надходять на медичні пункти частин, медичні роти бригад.

Кваліфікована медична допомога надається з метою усунення загрозливих для життя поранених і хворих наслідків поранень, уражень і захворювань, попередження розвитку в них ускладнень та підготовки тих, хто цього потребує, до подальшої евакуації. Вона розподіляється на хірургічну і терапевтичну.

По терміновості надання заходи кваліфікованої медичної допомоги розподіляються на дві групи: невідкладні заходи і заходи, виконання яких може бути вимушено відкладено.

Невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги виконуються, як правило, з приводу поранень та захворювань, що представляють безпосередню загрозу для життя поранених (хворих). Невиконання цих заходів на даному етапі медичної евакуації значно збільшує ймовірність смертельного наслідку або вкрай тяжких ускладнень.

Заходи **кваліфікованої медичної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладено**, спрямовані на профілактику у поранених і хворих небезпечних ускладнень, створення сприятливих умов для їх найшвидшого одужання та повернення до строю.

Невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги включають:

- > усунення асфіксії та відновлення адекватного дихання;
- > кінцеву зупинку внутрішньої і зовнішньої кровотечі;
- > комплексну терапію гострої крововтрати, шоку, травматичного токсикозу;
- > некротомію при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які викликають розлади дихання і кровообігу;
- > лікування анаеробної інфекції;
- > хірургічну обробку та ушивання ран при широко відкритому пневмотораксі, що не герметизується окклюзійною пов'язкою, пораненнях серця, зовнішньому клапанному пневмотораксі;
- У лапаротомію при пораненнях і закритій травмі живота з пошкодженням внутрішніх органів, при внутрішньочеревному пошкодженні сечового міхура і прямої кишки;
- > декомпресійну трепанацію черепа при пораненнях і пошкодженнях, які супроводжуються стисненням головного мозку.

Заходи кваліфікованої хірургічної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладено з метою їх більш чіткої та суворой регламентації, розподіляються на дві підгрупи.

Перша підгрупа включає заходи, відмова від виконання яких, як правило, буде приводити до тяжких ускладнень. До заходів цієї підгрупи відносяться:

- > ампутація при відривах, розчавленнях та ішемічному некрозі кінцівок;

- > накладання надлобкової нориці при пошкодженні уретри і протиприродного заднього проходу при позачервньому пошкодженні прямої кишки;
- > хірургічна обробка ран, заражених отруйними речовинами, а також ран із значними руйнуваннями м'яких тканин.

Друга підгрупа включає заходи, відмова від виконання яких не виключає розвитку тяжких ускладнень, але небезпека їх виникнення може бути зменшена при застосуванні антибіотиків та інших засобів. До заходів цієї підгрупи належать:

- > первинна хірургічна обробка ран (за виключенням тих, що включені до попередньої підгрупи та ран, які не підлягають хірургічній обробці);
- > некротомія при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які не викликають розладів дихання і кровообігу; туалет сильно забруднених опікових поверхонь;
- > накладання пластинчатих швів при лоскутних пораненнях обличчя;
- > лігатурне зв'язування зубів при переломах нижньої щелепи з дефектом.

Невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги включають:

- > санітарну обробку уражених і хворих при зараженнях отруйними речовинами;
 - > введення антитоксинів і протиботулінічної сироватки;
- P*- комплексну терапію серцево-судинної недостатності, порушень серцевого ритму;
- > комплексну терапію гострої дихальної недостатності;
 - > дегідратаційну терапію при набряку головного мозку;
 - > корекцію грубих порушень кислотно-лужного стану та електролітного балансу;
 - > комплекс заходів при попаданні всередину отруйних речовин та інших отруйних засобів;
 - > введення знеболюючих, десенсибілізуючих, протиблювотних, протисудомних і бронхолітичних засобів;
 - > вживання транквілізаторів та нейролептиків при гострих реактивних станах;
 - > призначення протисверблячих засобів при поширених іпритних дерматозах.

Заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладено, включають:

- > введення (дачу) антибіотиків та сульфаніламідів з профілактичною метою;
- > гемотрансфузію із заміною метою (при помірній анемізації);
- > використання симптоматичних медикаментозних засобів.

У військовому польовому пересувному госпіталі заходи кваліфікованої медичної допомоги повинні надаватись, як правило, у повному обсязі. Ско-рочення її обсягу здійснюється за рахунок повної або часткової відмови від виконання заходів, які можуть бути вимушено відкладені. Питання про від-кладання у наданні медичної допомоги необхідно вирішувати виключно ін-дивідуально, детально оцінюючи характер поранення (захворювання), стан пораненого (хворого) у даний момент, можливість появи важких усклад-нень. При надзвичайних умовах, вкрай небезпечній обстановці, коли затри-мка поранених і хворих у військовому польовому пересувному госпіталі для надання медичної допомоги неможлива або загрожує ще важчими наслід-ками, ніж її відкладання, їм можуть бути виконані тільки невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги. До останніх належать ті невідкладні за-ходи, відмова від виконання яких може привести до смертельного наслідку в найближчий час.

При скороченні обсягу кваліфікованої медичної допомоги у військовому польовому пересувному госпіталі обов'язково повинен проводитись ком-плекс лікарських заходів, який зменшив би небезпеку відстрочки в її надан-ні, і приймаються міри до найшвидшої евакуації поранених і хворих до лі-кувальних закладів госпітальних баз.

Повний обсяг кваліфікованої медичної допомоги включає виконання всіх заходів кваліфікованої хірургічної і терапевтичної допомоги. Надання кваліфікованої медичної допомоги в повному обсязі вимагають 50% поранених і хворих, які надходять до військового польового пересувного госпі-талю.

При несприятливих умовах обсяг кваліфікованої медичної допомоги у військовому польовому пересувному госпіталі може скорочуватись:

а) коли надають тільки невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги, першу підгрупу заходів кваліфікованої хірургічної допомоги, ви-конання яких може бути вимушено відкладено і невідкладні заходи кваліфі-кованої терапевтичної допомоги. Потребують цієї допомоги 30—35% поранених і хворих від тієї кількості, які надходять до військового польового пересувного госпіталю;

б) коли надаються тільки невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги і невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги. Потребують цієї допомоги 15% поранених і хворих від тієї кількості, яка над-ходить до військового польового пересувного госпіталю.

Спеціалізована медична допомога - вища форма медичної допомоги, що носить вичерпний характер і надається у спеціально призначених для цієї мети лікувальних закладах (відділеннях), які мають у своєму складі від-повідних фахівців (штатних або приданих) і спеціальне лікувально-діагностичне обладнання.

Спеціалізація медичної допомоги забезпечується наявністю лікувальних закладів, які мають постійно закріплену штатом спеціалізацію, а також

шляхом підсилення госпіталів відповідними спеціалізованими групами. У госпітальних базах передбачається надання спеціалізованої медичної допомоги наступним контингентам:

- > пораненим у голову, шию, хребет (нейрохірургічна, стоматологічна, офтальмологічна та оториноларингологічна медична допомога);
- > пораненим у груди, живіт, таз (торако-абдомінальна та урологічна медична допомога);
- > пораненим з переломами довгих трубчатих кісток і пошкодженнями великих суглобів (травматологічна допомога);
- > обпеченим;
- > легкопораненим і легкохворим;
- > ураженим іонізуючим випромінюванням;
- > ураженим отруйними речовинами;
- > неврологічним хворим, контуженим та особам з психічними розладами;
- > загальносоматичним хворим;
- > хворим із шкірними та венеричними захворюваннями;
- > інфекційним хворим;
- > хворим на туберкульоз;
- > жінкам при пораненнях і захворюваннях жіночих статевих органів.

4.5. Медичне сортування. Визначення поняття, коротка характеристика, його завдання. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

Медичне сортування. Основою організації лікувально-евакуаційного забезпечення являється медичне сортування.

Медичне сортування поранених і хворих є найважливішим заходом, що забезпечує чітку організацію роботи етапів медичної евакуації з надання медичної допомоги пораненим і хворим. Особливо зростає її значення при масовому надходженні поранених і хворих. Досвід багатьох тактико-спеціальних навчань останніх років підкреслює, що медичне сортування не повинно бути самоціллю: його завданням є забезпечення якнайшвидшого надання медичної допомоги максимальній кількості поранених і хворих, які її потребують.

Основи медичного сортування були розроблені видатним російським військово-польовим хірургом М.І. Пироговим, який вперше застосував його у широких масштабах під час Кримської війни 1853-1856 рр. "Я вперше впровадив сортування на севастопольських перев'язочних пунктах та знищив пануючий там... хаос. Я пишаюсь цією заслугою..." Відмічаючи важкі наслідки прийнятого у ті часи порядку направлення поранених на перев'язку та операцію по мірі надходження незалежно від їх загального стану, М.І. Пирогов писав: "Впевнившись після мого повернення у Севастополь, що проста розпорядність та порядок на перев'язочному пункті значно

важливіше чисто лікарської діяльності, я зробив собі правилом: не приступати до операції відразу після перенесення поранених на ці пункти, не втрачати часу на тривалу допомогу..., не допускати хаотичного скупчення поранених та зайнятись невідкладно їх сортуванням".

Розроблені М.І. Пироговим принципи медичного сортування отримали подальший розвиток у працях видатних вітчизняних хірургів та повністю себе виправдали на практиці у роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр.

Значення медичного сортування особливо зростає при роботі етапів медичної евакуації в умовах застосування противником зброї масового ураження.

Медичне сортування - це розподіл поранених і хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах. Зміст цих заходів визначається у відповідності з медичними показаннями, обсягом наданої медичної допомоги і прийнятим порядком евакуації.

Сортування поранених і хворих проводиться на кожному з етапів медичної евакуації та здійснюється у всіх його функціональних підрозділах.

Зміст сортування залежить від завдань, що покладаються на ті чи інші функціональні підрозділи та етапи медичної евакуації у цілому, а також від умов бойової та медичної обстановки.

Мета медичного сортування - забезпечити поранених та хворих своєчасним проведенням лікувально-профілактичних заходів та подальшу їх евакуацію.

Завдання медичного сортування: визначити характер поранення; встановити необхідність, черговість і місце (функціональний підрозділ) надання пораненим (хворим) медичної допомоги (лікування); визначити порядок подальшої евакуації поранених і хворих: куди евакуювати, у яку чергу, на якому транспорті, у якому положенні.

Медичне сортування, як правило, здійснюється на основі з'ясування діагнозу поранення (захворювання), його прогнозу і тому завжди носить **діагностичний та прогностичний** характер.

У залежності від завдань, які вирішуються у процесі медичного сортування поранених і хворих, розрізняють наступні його **види**: внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне сортування.

Внутрішньопунктове сортування має за мету розподілити прибулих поранених і хворих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного етапу медичної евакуації та встановити черговість їх направлення у ці підрозділи.

Евакуаційно-транспортне сортування проводиться з метою розподілення поранених і хворих на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами подальшої їх евакуації і необхідністю в медичному супроводженні.

Принципи медичного сортування і вимоги до його проведення:

- > медичне сортування слід розпочинати в процесі надання першої медичної допомоги і продовжувати на всіх етапах медичної евакуації;
- > медичне сортування являє собою комплексний процес, тобто внутрішньопунктове сортування обов'язково є діагностичним, але в той же час воно має бути прогностичним і передбачати прийняття евакуаційно-транспортного рішення;
- > у разі потреби, якщо це можливо, постраждалих сортують на кожному етапі медичної евакуації неодноразово (з надходженням, після надання медичної допомоги, перед посадкою в транспортний засіб для евакуації) з метою вчасного виявлення змін у стані пацієнта, які можуть потребувати переведення його до іншої категорії;
- > медичне сортування повинен виконувати найбільш кваліфікований медичний працівник, наявний на даному етапі медичної евакуації;
- > медичний персонал, який виконує сортування поранених і хворих, керується єдиною класифікацією хвороб і травм та єдиними вимогами до методики сортування;
- > результати медичного сортування обов'язково фіксуються спеціальними позначеннями поранених і хворих, а також відповідними записами в їхніх медичних документах;
- > медичне сортування здійснюється в інтересах більшості постраждалих і спрямовується на надання першочергової допомоги пораненим, що перебувають у критичному стані, та перспективним пацієнтам, які мають більше шансів повернутися до строю.

Ряд експертів заперечують правомірність останнього принципу. На їхню думку, він прирікає на смерть багатьох бійців з умовно смертельними пораненнями. У зв'язку з цим одним з першочергових завдань стає об'єктивізація медичного сортування, у тому числі визначення критеріїв зарахування поранених і хворих до групи "безнадійних", а також перегляд тактики надання їм медичної допомоги. Більш правомірною є відмова від лікування їх не взагалі, а лише на даному етапі медичної евакуації, причому лише в разі його надмірного перевантаження. Досвід роботи медичних служб ряду країн НАТО, свідчить, що такий підхід дає змогу скоротити чисельність категорії "безнадійних" поранених до 3–5%.

У результаті медичного сортування на етапах медичної евакуації повинні бути виділені наступні основні групи поранених і хворих:

- > небезпечні для оточуючих (інфекційні хворі, заражені отруйними речовинами, бактеріальними засобами, які мають забруднення шкірних покривів та обмундирування радіоактивними речовинами з потужністю доз опромінення, що перевищують безпечні, які знаходяться у стані різкого психомоторного збудження та ін.), а тому підлягають спеціальній обробці або ізоляції;

- > ті, що потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації;
- > ті, що підлягають подальшій евакуації без надання їм медичної допомоги;
- > ті, що отримали ураження несумісні з життям і потребують тільки догляду (агонуючі);
- > ті, що підлягають поверненню у свої підрозділи (частина з них - після отримання відповідної медичної допомоги та короткочасного відпочинку).

Поранені, які повинні бути повернуті до строю, проходять медичне сортування при знятій пов'язці.

4.6. Медична евакуація, поняття, мета та порядок її проведення. Санітарно-транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих

Органічною складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення, нерозривно зв'язаною з процесом надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікуванням, є медична евакуація.

Медична евакуація - це сукупність заходів щодо транспортування поранених і хворих на етапи медичної евакуації з метою своєчасного і повного надання їм медичної допомоги і лікування. Крім того, медична евакуація забезпечує звільнення етапів медичної евакуації від поранених і хворих, створюючи умови для їх переміщення у відповідності з бойовою та медичною обстановкою.

Шлях, по якому здійснюється транспортування поранених і хворих у тил, носить назву **шляху медичної евакуації**. Як правило, шляхи медичної евакуації повинні відповідати шляхам підвозу військам різних матеріальних засобів. Це дозволяє використовувати для евакуації поранених та хворих дороги, які обслуговуються інженерними військами та комендантською службою, а також зворотні рейси транспорту загального призначення, що доставляють у війська боєприпаси, продукти харчування та інші матеріально-технічні засоби.

Сукупність шляхів медичної евакуації, розгорнутих на них медичних підрозділів, частин і закладів, задіяних санітарно-транспортних засобів, що забезпечують певне, як правило, велике угруповання військ, отримало назву **евакуаційного напрямку**.

Евакуаційний напрямок, як правило, створюється у відповідності з системою комунікацій армійського корпусу і оперативного командування.

Принципові вимоги до проведення медичної евакуації:

- > медична евакуація є складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення військ, оскільки вона передбачає не лише транспортування постраждалих до лікувального закладу, а й надання їм необхідної медичної допомоги в дорозі;

- > медична евакуація як вид діяльності командування та медичної служби на театрі воєнних дій за своєю важливістю поступається лише пріоритету виконання бойових (оперативних) завдань;
- > медична евакуація здійснюється відповідно до евакуаційної політики, встановленої для даного театру воєнних дій;
- > евакуаційна політика — це директиви або рішення командування, що встановлюють контингенти поранених і хворих, які підлягають евакуації з одного етапу до іншого залежно від їхнього стану та характеру поранення (захворювання) і встановлених для кожного етапу термінів лікування, а також організацією евакуації цих контингентів з урахуванням оперативної й медичної обстановки та наявності відповідних евакуаційно-транспортних засобів і персоналу медичного супроводу;
- > евакуаційну політику встановлює Міністр оборони України за поданням начальника медичної служби збройних сил, узгодженим начальником Генерального штабу Збройних Сил України і з урахуванням рекомендацій командувача військ на театрі воєнних дій; вона є ключем до визначення співвідношення медичних можливостей, наявних у кожному ешелоні, і засобів медичної евакуації в інтересах забезпечення оптимального лікування поранених і хворих;
- > медична евакуація тісно пов'язана з медичним сортуванням, яке розподіляє поранених і хворих на категорії залежно від того, в який лікувальний заклад, яким видом транспорту, в якому положенні і як швидко має бути евакуйований кожен поранений чи хворий;
- > у сучасних війнах різко зросла роль аеромедичної евакуації як найбільш швидкого засобу транспортування поранених і хворих у лікувальні заклади з використанням спеціально обладнаних вертольотів і літаків у супроводі медичного персоналу;
- > аеромедична евакуація висуває високі вимоги до технічного стану і спеціального оснащення транспортних засобів, професійного відбору льотного складу, кваліфікації та практичного досвіду медичних груп супроводу;
- > збільшення обсягу і дальності аеромедичної евакуації підвищує вимоги до проведення медичного сортування; воно не повинно обмежуватися розподілом поранених (хворих) за тяжкістю, терміновістю надання медичної допомоги й відповідно евакуації, але покликане також визначити характер медичної допомоги і догляду, яких поранені і хворі потребуватимуть на борту літака, і вплив самого польоту на стан їхнього здоров'я;
- > головним видом медичної евакуації є спосіб "на себе", при якому відповідальність за евакуацію поранених і хворих з етапів медичної евакуації нижчої ланки покладається на командування вищої ланки медичної служби;

- > керування медичною евакуацією здійснюється з використанням системи координації та комп'ютерного моніторингу за вчасним і безпечним просуванням поранених з одного етапу (ешелону) в інший.

Для евакуації поранених і хворих застосовуються різні санітарно-транспортні засоби. У всіх випадках для евакуації поранених і хворих належить використовувати доступні в конкретній обстановці найбільш швидкохідні засоби медичної евакуації. Найбільш складною є евакуація поранених з поля бою, яка здійснюється за допомогою різних транспортних засобів та шляхом ручного виносу. Виніс поранених здійснюється особовим складом підрозділів збору і евакуації, а також військовослужбовцями, які виділяються для цієї мети розпорядженням командирів частин і підрозділів. Для вивозу поранених з поля бою використовуються санітарні транспортери, а також бронетранспортери і бойові машини піхоти, що значно полегшує організацію евакуації під вогнем противника.

Подальша евакуація поранених і хворих здійснюється на автомобільно-му санітарному транспорті, який в даний час є основним засобом медичної евакуації від військових підрозділів до госпітальної бази. Поряд з цим в сучасних умовах збільшуються можливості з використання для евакуації поранених і хворих, починаючи з медр мбр, легких санітарних літаків і вертольотів, що не потребують великих злітно-посадочних смуг.

Суміщення шляхів медичної евакуації із шляхами підвозу дозволяє використовувати зворотні рейси транспорту підвозу (автомобільного і авіаційного) для евакуації поранених і хворих. Використання зворотних рейсів транспорту підвозу для медичної евакуації обумовлюється неможливістю в ряді випадків забезпечити евакуацію всіх поранених і хворих тільки санітарним транспортом. Однак автомобільний транспорт загального призначення повинен залучатись переважно для евакуації легкопоранених і легкохворих. На відміну від цього авіаційний транспорт може використовуватись для евакуації всіх категорій поранених і хворих.

Використання зворотних рейсів транспорту загального призначення підвозу з метою медичної евакуації організаційно забезпечується розміщенням етапів медичної евакуації поблизу шляхів підвозу і евакуації та завчасним плануванням його використання.

Транспорт загального призначення при його використанні для евакуації поранених і хворих потребує додаткового оснащення (встановлення на автомобілі і літаки спеціального обладнання для закріплення нош, улаштування сидінь, настилів, обладнання кузовів автомобілів тентами, спорядження засобами захисту від холоду тощо).

Поранені та хворі, які евакуюються санітарним транспортом або транспортом загального призначення, супроводжуються медичним персоналом, особливо в тих випадках, коли евакуація здійснюється на великі відстані. Медичний персонал, який супроводжує поранених і хворих, здійснює нагляд за їх станом і, у випадку необхідності, надає медичну допомогу.

Евакуація поранених і хворих із підрозділів на медичний пункт окремої частини (медичну роту бригади) здійснюється його штатними і приданими санітарними транспортними засобами, а також виділеними для цієї мети спеціально обладнаними транспортними засобами загального призначення. При необхідності для евакуації поранених і хворих розпорядженням командирів бойових підрозділів і частин виділяється особовий склад, додаткові транспортні засоби, а якщо цього вимагають обставини, то і бойові машини.

В окремих випадках легкопоранені та легкохворі можуть направлятися на медичний пункт частини (медичну роту бригади) організованими командами пішки.

Евакуація поранених і хворих із підрозділів бригади у військовий польовий пересувний госпіталь здійснюється штатними санітарно-транспортними засобами медичної роти бригади і приданим старшим начальником медичної служби санітарним транспортом, а також спеціально обладнаними транспортними засобами загального призначення (транспорт підвозу боеприпасів, речового майна, продуктів харчування і т. ін.). Санітарні транспортні засоби використовуються в першу чергу для евакуації тяжкопоранених і тяжкохворих.

Інфекційні хворі з медичних підрозділів і частин евакуюються санітарними транспортними засобами окремо від поранених та інших хворих.

Транспортні засоби загального призначення для евакуації поранених і хворих виділяються розпорядженням заступника командира бригади по тилу за доповіддю начальника медичної служби бригади і обладнуються для перевезення поранених і хворих табельними та підручними засобами.

На шляхах евакуації поранених і хворих встановлюються спеціальні шляхопоказчики, які повинні бути добре видимі вдень і вночі.

Водії санітарного автомобільного транспорту повинні знати і володіти навичками перенесення, завантаження, розвантаження поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги та догляду за ними на шляхах транспортування.

Водії автомобілів та супроводжуючий медичний персонал повинні добре знати маршрут (шляхи) евакуації, розташування медичних пунктів, медичних рот, військових польових пересувних госпіталів, лікувальних закладів госпітальних баз.

Для охорони транспортних засобів з пораненими та хворими в необхідних випадках розпорядженням командира бригади (підрозділу) виділяється особовий склад.

Передача (перевантаження) поранених і хворих із одного транспортного засобу на інший, а також вивантаження на етапах медичної евакуації здійснюється без зняття їх з нош. Санітарні транспортні засоби укомплектовуються ношами з обмінного фонду.

У військовому польовому пересувному госпіталі на кожний транспортний засіб (автомашину, вертоліт, літак), що здійснює евакуацію поранених і

хворих, у трьох екземплярах складається евакуаційна відомість (один екземпляр з розписом начальника колони, супроводжуючого або водія транспортного засобу залишається у військовому польовому пересувному госпіталі, другий - передається у лікувальний заклад, у який евакуйовано поранених і хворих, третій - з розписом начальника закладу, який прийняв поранених і хворих, залишається на транспортному засобі для складання звіту).

Евакуація поранених і хворих організується старшим начальником медичної служби і здійснюється підпорядкованими йому транспортними засобами. Наприклад, начальник медичної служби АК направляє санітарний транспорт медичної бригади корпусу на медичні роти бригад для евакуації поранених і хворих до військового польового пересувного госпіталю. Такий порядок евакуації отримав найменування **"евакуація на себе"**. Не виключена, однак, можливість і навіть необхідність евакуації в тил своїми транспортними засобами, тобто **"від себе"**. Існує також можливість евакуації поранених і хворих за принципами: **"евакуація на сусіда"**, **"евакуація за собою"**, **"евакуація через себе"**. Перевага евакуації "на себе" перед іншими порядками її організації полягає в тому, що старший начальник медичної служби, який направляє транспорт вперед, має можливість використовувати його більш ефективно у відповідності з обстановкою, а також краще ним маневрувати.

Удосконалення вражаючих засобів та значне використання ручних реактивних установок класу "земля-повітря" вимагає особливих заходів безпеки при використанні санітарних вертольотів.

Характеристика транспортних засобів, які використовуються для евакуації поранених і хворих, подана у табл.4.1.

Залізничний і водний транспорт використовуються головним чином для евакуації з театру воєнних дій у тил країни.

Залізничний санітарний транспорт: військовий санітарний потяг - загальний вміст при нормальному завантаженні - 470 чол., при щільному завантаженні - 524 чол.

Повітряний санітарний транспорт:

- > літаки - АН-2, які входять до окремих транспортних санітарних авіаційних ескадрилій оперативного командування (вміст - 6 поранених на ношах або 10 сидячих);
- > вертоліт МІ-8 (вміст - 8 поранених на ношах або 12 сидячих).

Розрахунки на швидку евакуацію поранених поранених авіасанітарним транспортом прямо з передових етапів у спеціалізовані лікувальні заклади можливі тільки в умовах локальної війни при пануванні у повітряному просторі та при значній економічній потужності держави. Під час великої війни, або слабкому економічному потенціалі держави орієнтуватися на значні можливості аеромедичної евакуації не слід.

Водний транспорт використовують для евакуації у комунікаційній зоні оперативного командування і, головним чином, у внутрішньому тиловому

районі. У військовому і корпусному тилових районах водний транспорт має допоміжне значення і може використовуватись для переправи поранених і хворих через водні перешкоди за допомогою човнів, баркасів, барж, теплоходів, катерів.

Таблиця 4.1

Транспортні засоби, які використовуються для евакуації поранених і хворих

Назва транспорту	Вміст (поранених і хворих)			
	комбінована форма			тільки сидячі
	лежачи	сидячі	всього	
Транспортер колісний ЛУАЗ-967М	2	1	3	5
Транспортер малогабаритний гусеничний броньований ГТ-МУ	4	1	5	10
Транспортер гусеничний снігоболотохідний ГТ-СМ	4	2	6	10
Санітарна автомашина УАЗ-3962	4	1	5	7
Санітарний автобус АС-66	9	4	13	18
Вантажний автомобіль ГАЗ-66, обладнаний уніфікованим санітарним обладнанням	6	5	11	20
Вантажний автомобіль ЗІЛ-130, обладнаний уніфікованим санітарним обладнанням	8	7	15	25

4.7. Особливості організації! проведення лікувально-евакуаційного забезпечення при ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження. Коротка характеристика сил та засобів медичної служби для проведення лікувально-евакуаційного забезпечення у військах

В основі роботи медичної служби при усуненні наслідків використання противником зброї масового ураження лежать загальні принципи організації лікувально-евакуаційного забезпечення. В той же час в цих умовах використовуються також інші форми і методи роботи. Перш за все на організацію лікувально-евакуаційного забезпечення буде мати вплив характер санітарних втрат. Використання противником ядерної, хімічної зброї і деяких видів бактеріальних засобів (токсинів), а також порушення об'єктів атомної та хімічної промисловості будуть зумовлювати одночасне виникнення на порівняно обмеженій території масових санітарних втрат - осередків масових уражень.

Під осередком масового ураження мають на увазі територію з людьми, тваринами, транспортом і різним майном, що знаходиться на ній, яка була

піддана безпосередньому впливу засобів ураження, здатних викликати практично одночасно масові втрати особового складу військ.

Медична служба в умовах використання противником зброї масового ураження організовує і здійснює в обмежені терміни лікувально-евакуаційне забезпечення як безпосередньо в осередках масового ураження, так і за їх межами. Дії на місцевості, зараженій отруйними речовинами, радіоактивними речовинами, бактеріальними засобами, викличуть необхідність роботи медичних працівників в індивідуальних засобах захисту і потребуватимуть проведення на етапах медичної евакуації санітарної обробки уражених, дезактивації, дегазації та дезінфекції їх одягу і спорядження.

Лікувально-евакуаційне забезпечення в осередках масових санітарних втрат здійснюються одночасно з відновленням порушеного управління та боєздатності частин у комплексі з іншими заходами по усуненню наслідків використання противником зброї масового ураження. Вони проводяться частинами (підрозділами), які були піддані впливу вражаючих факторів зброї масового ураження, а також загонами ліквідації наслідків використання противником зброї масового ураження. До складу зазначеного загону, який призначається наказом командира бригади (частини), включаються медичні пункти батальйонів, а з медичного пункту окремої частини - підрозділи збору та евакуації з відповідним медичним майном.

Важливою умовою ефективної діяльності медичної служби при застосуванні противником засобів масового ураження є прогнозування місця, часу та масштабів його застосування противником. У зв'язку з цим необхідна своєчасна інформація медичної служби про виникнення осередків масового ураження, а також створення постійного резерву сил і засобів, визначення загального порядку його використання і підтримка всіх сил і засобів медичної служби в постійній готовності до проведення заходів з ліквідації наслідків застосування противником зброї масового ураження.

Перша медична допомога ураженим і хворим в осередках ядерного і хімічного ураження надається у порядку само- і взаємодопомоги медичним складом частин, що підпали під дію ЗМУ, а також особовим складом загонів ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження. Санітарні інструктори і фельдшери безпосередньо керують заходами по наданню першої медичної допомоги, надають її найбільш тяжкоураженим.

Постраждалих із осередка масових санітарних втрат потрібно вивозити (виносити) на незаражені ділянки місцевості у найкоротші терміни з дотриманням необхідних заходів захисту.

Після надання ураженим і хворим першої медичної допомоги вони евакуюються на медичний пункт частини (медичну роту бригади) та у військовий польовий пересувний госпіталь. У разі неможливості швидкої евакуації уражених і хворих, які знаходяться на місцевості з високим рівнем радіації

або зараженої отруйними речовинами, вони спочатку вивозяться (виносяться) за межі цієї місцевості, де і очікують подальшої евакуації.

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення в осередках ядерного, хімічного і бактеріологічного ураження визначається характером вражаючої дії цих видів зброї та умовами роботи в осередках.

Найважливішими умовами діяльності медичної служби при застосуванні противником засобів масового ураження є характер бойової обстановки і в першу чергу наявність чи відсутність загрози виходу противника в район осередку масового ураження. При наявності такої загрози основним завданням буде негайна евакуація уражених з цього району. Обсяг медичної допомоги на етапах медичної евакуації за таких умов скорочується. При відсутності загрози виходу противника в район осередку ураження і сприятливій радіаційній, хімічній та бактеріологічній обстановці сили і засоби медичної служби можуть бути наближені безпосередньо до осередку ураження і забезпечувати надання медичної допомоги в більш широкому обсязі.

В осередках ядерного ураження характер санітарних втрат визначається видом і потужністю ядерних вибухів. Так, при використанні ядерних боєприпасів надмалого і малого калібрів будуть виникати переважно радіаційні ураження, а середніх і великих калібрів — травматичні й опікові ураження у поєднанні з радіаційними.

Ведення рятівних робіт суттєво ускладнюється через радіоактивне зараження місцевості, значні завали, тощо. За військовослужбовцями, які попали під вплив вражаючих факторів ядерного вибуху, але зберегли боєздатність і не потребують направлення на лікування, медична служба організовує нагляд.

При використанні противником хімічної зброї виникають осередки ураження, які у залежності від її фізико-хімічних властивостей, рельєфу місцевості та погодних умов можуть бути стійкими або нестійкими.

При організації лікувально-евакуаційного забезпечення в осередках санітарних втрат від хімічної зброї необхідно враховувати наступні особливості:

- > одномоментне (при використанні противником швидкодіючих отруйних речовин) або тривале (отруйні речовини сповільненої дії) формування санітарних втрат в осередку;
- > можливість виникнення при певних умовах комбінованих уражень особового складу;
- > можливість вторинних уражень потерпілих, а також медичного персоналу в результаті десорбції отруйних речовин із зараженого одягу або спорядження евакуйованих уражених;
- > необхідність надання медичної допомоги за невідкладними показаннями великій кількості уражених у дуже короткі терміни.

Проведення лікувально-евакуаційного забезпечення в **осередках бактеріологічного ураження** залежить від характеристики вражаючої дії використаних засобів.

Важливим завданням медичної допомоги являється організація бактеріологічної розвідки і швидке визначення виду бактеріального засобу.

Відразу ж після встановлення факту використання бактеріальних засобів проводиться екстрена неспецифічна профілактика особового складу. Після ідентифікації виду збудника організовується специфічна профілактика серед особового складу з проведенням, при необхідності, запобіжних щеплень.

При необхідності режиму обсервації або карантину медична служба здійснює нагляд за особовим складом з метою виявлення хворих і підозрливих на інфекційні захворювання, їх своєчасної ізоляції та госпіталізації.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Поняття лікувально-евакуаційного забезпечення військ.
2. Зміст лікувально-евакуаційного забезпечення військ.
3. Головні етапи розвитку системи лікувально-евакуаційного забезпечення.
4. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення.
5. Принципи сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення.
6. Поняття про етап медичної евакуації.
7. Завдання етапу медичної евакуації.
8. Вимоги до розгортання етапу медичної евакуації.
9. Принципова схема розгортання етапу медичної евакуації.
10. Вид медичної допомоги.
11. Обсяг медичної допомоги.
12. Заходи першої медичної допомоги.
13. Заходи долікарської (фельдшерської) допомоги.
14. Заходи першої лікарської допомоги.
15. Заходи кваліфікованої медичної допомоги.
16. Спеціалізована медична допомога.
17. Визначення поняття медичного сортування, його коротка характеристика.
18. Завдання медичного сортування.
19. Організація медичного сортування поранених і хворих.
20. Принципи медичного сортування поранених і хворих.
21. Визначення поняття "медична евакуація".
22. Мета медичної евакуації.
23. Порядок проведення медичної евакуації.
24. Характеристика санітарно-транспортних засобів, які використовуються для евакуації поранених і хворих.
25. Особливості організації і проведення лікувально-евакуаційного забезпечення при ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження.

ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ САНИТАРНО-ЕПІДЕМІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК

Організація та систематичне проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів є одним із основних завдань медичного забезпечення військ і має виключно важливе значення для збереження і зміцнення здоров'я особового складу, підтримання стійкого санітарно-епідемічного благополуччя військ, підтримання високого рівня боєздатності військ.

Будь-яка війна є причиною різкого погіршення санітарно-гігієнічного та епідемічного стану населення та особового складу військ. Тому реалізація заходів медичної служби з протиепідемічного захисту спрямована на підтримання епідемічного благополуччя військ і є одним із найбільш важливих завдань медичного забезпечення як в мирний, так і у воєнний час.

5.1. Поняття, значення та місце санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у військах на воєнний час

Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи являють собою єдину систему, яка спрямована на збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців, підвищення боєздатності особового складу, на запобігання виникнення і ліквідацію інфекційних захворювань у військах. Ці заходи проводяться, як правило, в єдиному комплексі, але за своїм змістом, залученням необхідних фахівців, спеціалістів і засобів розподіляються на санітарно-гігієнічні та протиепідемічні.

Особливого значення набуває організація і проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в умовах воєнного часу. Досвід минулого підтверджує, що епідемії є постійним і невід'ємним супутником усіх війн. У війнах минулих століть розповсюдження інфекційних захворювань в арміях, що вели війни, набувало настільки широких розмірів, що втрати від інфекційних захворювань значно перевищували санітарні втрати, спричинені дією зброї противника. В середньому це співвідношення в різні періоди історії війн складало 4–5 : 1. Так, наприклад, у війні Наполеона проти Росії у 1812 році санітарні втрати від інфекційних захворювань за літню кампанію склали біля 80600 чоловік, в цей же час втрати від вогнепальної та холодних видів зброї не перевищували 7-8 тисяч.

Відомі випадки навмисного розповсюдження інфекційних захворювань у військах противника, які мали на меті ураження особового складу для досягнення перемоги в битві чи кампанії.

XX століття відзначилось широкими розробками високоефективної і дешевої бактеріологічної зброї. Сьогодні бактеріологічна зброя є офіційно прийнятою на озброєння багатьох армій світу.

Знання основ військової епідеміології, причин і умов виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань робить можливим запобігання цих хвороб, а у випадку їх появи - проведення ефективних заходів щодо їх локалізації та ліквідації.

У цьому відношенні показовим є досвід радянської медицини у Великій Вітчизняній війні 1941-1945 років, який свідчить про те, що в умовах напруженої бойової обстановки при правильній організації протиепідемічних заходів можна запобігти епідемії як у військах, так і серед цивільного населення.

Зростання інфекційної захворюваності і розвиток епідемії в період війни характерна не тільки для військ, а й для цивільного населення. Інфекційна захворюваність особового складу військ є дзеркальним відображенням епідемічного стану населення, оскільки армія укомплектується із населення і діє на території зайнятої населенням. З іншого боку епідемічний стан військ за окремих умов впливає на інфекційну захворюваність населення.

Швидка зміна районів та умов розташування військ на неблагополучній в ендемічному відношенні місцевості, значне фізичне і психоемоційне навантаження, стомлення, порушення в організації харчування, водопостачання, недотримання правил особистої і громадської гігієни особового складу військ - всі ці фактори сприяють виникненню інфекційних захворювань.

Організація і проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів і контроль за їх виконанням у військах покладається на фахівців медичних підрозділів військових частин та санітарно-епідеміологічних закладів МО України.

Слід зазначити, що належний стан санітарного та епідеміологічного благополуччя військ досягається шляхом цілеспрямованої взаємодії командування військових частин, начальників продовольчої, речової квартирно-експлуатаційної, інженерної та медичної служб, пріоритетами діяльності яких має бути здоров'я військовослужбовців. Визначальна роль в системі заходів, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, належить військово-медичній службі, яка здійснює заходи медичного контролю.

5.2. Санітарно-гігієнічні заходи у військах

Санітарно-гігієнічні заходи - це комплекс організаційних, санітарно-технічних, господарських, адміністративних і медичних заходів, які проводяться командуванням, службами забезпечення та медичною службою щодо забезпечення санітарного благополуччя військ і спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців.

Санітарно-гігієнічні заходи проводяться через суворе виконання санітарно-гігієнічних норм і правил при організації розміщення, харчування, водопостачання, лазнево-прального обслуговування, умов праці військовослуж-

бовців і поховання загиблих у бою, а також через дотримання правил особистої і громадської гігієни. Їх проведення є обов'язком усіх командирів і начальників.

Санітарно-гігієнічні заходи розподіляють на *санітарні* і *гігієнічні*.

Санітарні заходи — організаційно-технічні, господарські - проводяться командуванням та службами забезпечення військової частини і спрямовані на організацію бойової діяльності, військової праці та відпочинку особового складу, виконання санітарних правил, правил техніки безпеки, а також гігієнічних норм і рекомендацій.

Гігієнічні заходи проводяться медичною службою і включають:

1. Медичний контроль за станом здоров'я особового складу військ, розробка та проведення заходів, спрямованих на підвищення специфічної резистентності особового складу до інфекційних захворювань.
2. Санітарний нагляд за розміщенням військ, харчуванням, водопостачанням, лазнево-пральним обслуговуванням військ, умовами військової праці та за похованням померлих і загиблих.
3. Контроль за санітарно-гігієнічним станом військової частини, району її дій і розміщення.
4. Участь у розвідці джерел водопостачання, експертиза води та продовольства.
5. Пропаганда гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового складу військ.

Гігієнічні заходи проводяться до виникнення інфекційних захворювань у військах з метою їх попередження.

5.2.1. Медичний контроль за станом здоров'я особового складу військ, розробка та проведення заходів, спрямованих на підвищення специфічної резистентності особового складу до інфекційних захворювань

Медичний контроль за станом здоров'я військовослужбовців проводиться шляхом аналізу захворюваності і результатів медичних оглядів особового складу та молодого поповнення. Під час бойових дій військ в районах застосування противником ЗМУ організується медичний нагляд за особовим складом, який зазнав дії іонізуючого випромінювання, отруйних речовин чи бактеріальних засобів. Періодичним медичним оглядам підлягають, також, військовослужбовці, які працюють в шкідливих умовах військової праці. Порядок проведення медичних оглядів та медичного нагляду встановлюється наказом по частині в залежності від бойових умов.

Медична служба проводить медичний нагляд за особами з дефіцитом ваги тіла, слабким фізичним розвитком, за особами які постійно працюють із джерелами іонізуючого випромінювання, полем НВЧ, агресивними токсичними речовинами, та іншими шкідливими факторами. На основі вивчення здоров'я особового складу начальник медичної служби частини робить ви-

снówki і доповідає командирυ свої пропозиції для проведення відповідних заходів, контролює виконання розпоряджень командира.

До заходів, спрямованих на підвищення специфічної резистентності особового складу до інфекційних захворювань належать: профілактичні щеплення проти інфекцій, які найбільш загрожують військам; застосування з профілактичною метою імуноглобулінів і специфічних імунних сироваток, а також використання хімічних медикаментозних препаратів.

У комплексі заходів протиепідемічного захисту військ найбільш важливим і досить ефективним заходом є проведення вакцинації. В останні роки розроблені нові ефективні вакцинні препарати і методи масової імунізації. Проведення профілактичних щеплень особовому складу ЗС передбачено вимогами Статуту внутрішньої служби ЗС України і проводяться в плановому порядку і за епідемічними показаннями.

Планові запобіжні щеплення всьому особовому складові військової частини проводяться відповідно до календаря щеплень, а щеплення за епідемічними показаннями - за наказом старшого командира (начальника).

Щеплення за епідемічними показаннями проводяться за наявності росту інфекційної захворюваності серед місцевого населення, що представляє реальну загрозу занесення у військовий колектив. Також їх проводять при виникненні інфекційних захворювань і збільшенні їх кількості серед особового складу частини, якщо до цього щеплення проти даної інфекції не були проведені. Поява хоча б одного випадку захворювання особливо небезпечною інфекцією серед місцевого населення в районі дислокації військ також є показанням для проведення щеплень особовому складу частини.

Перед початком вакцинації проводиться медичний огляд для виявлення осіб з протипоказаннями. Осіб, тимчасово звільнених від щеплень за медичними показаннями, беруть на облік для проведення їм щеплень в подальшому.

Результати щеплень із зазначенням дати їх проведення, назви вакцини, дози і реакції щепленого заносяться в медичні книжки особового складу.

5.2.2. Санітарний нагляд за розміщенням військ, харчуванням, водопостачанням, лазнево-пральним обслуговуванням військ, умовами військової праці та за похованням померлих і загиблих

5.2.2.1. Санітарний нагляд за розміщенням військ

Розміщення військ в польових умовах починається з проведення медичної розвідки, під час якої з'ясовується санітарно-гігієнічний стан району розташування військ, з метою забезпечення особовому складу найбільш сприятливих умов для відпочинку, відновлення сил та захисту його від впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища.

Медична служба здійснює систематичний контроль за умовами перебування у фортифікаційних спорудах і польових помешканнях.

Під час контролю за розміщенням особового складу у фортифікаційних спорудах і землянках особлива увага звертається на системи життєзабезпечення (вентиляцію, опалення, видалення сміття і нечистот), а також на підтримку сприятливих мікрокліматичних умов в приміщеннях у відповідності з встановленими нормативами.

У місцях розміщення військ силами підрозділів систематично проводиться очистка території (регулярний збір, видалення і знезаражування відходів). Медична служба здійснює нагляд за своєчасністю і повнотою очищення території і організує у разі потреби дезінфекцію, дезінсекцію і дератизацію.

Особлива увага очищенню місць розміщення військ приділяється у тих випадках, коли вони стали об'єктами впливу ЗМУ противника. В таких випадках її організують командири частин (підрозділів). Обов'язком медичної служби є участь у виборі місць (площадок), призначених для збору і знезараження рідких і твердих відходів, нагляд за їх обладнанням та утримуванням і медичне спостереження за особовим складом, який проводить очищення території.

Санітарний нагляд за територією, фортифікаційними спорудами і помешканням особового складу особливого значення набуває при тривалому перебуванні військ на одному місці, що частіш за все буває в обороні.

5.2.2.2. Санітарний нагляд за харчуванням військовослужбовців

Санітарний нагляд за харчуванням військовослужбовців проводиться з метою забезпечення їх адекватного харчування, а також запобігання виникнення захворювань, які пов'язані з вживанням недоброякісної їжі та води.

Організація харчування військовослужбовців, забезпечення їх продуктами та відповідним майном, підтримання належного санітарно-гігієнічного стану продовольчих об'єктів покладається на продовольчу службу частини.

У польових умовах харчування військ організується через польові пункти харчування. Для приготування їжі використовуються польові кухні (автокухні).

При харчуванні особового складу з казанків на відстані 25 м від кухні обладнуються місця для їх очищення та миття.

Санітарний нагляд за харчуванням військовослужбовців передбачає:

- > участь медичної служби у розробці режиму харчування та складання меню-розкладки продуктів;
- > дотримання санітарно-гігієнічних норм і правил при транспортуванні та зберіганні продовольчих продуктів та питної води, приготування та видачі їжі;
- > контроль за забезпеченням особового складу індивідуальними казанками, ложками, флягами, а також перевірка знань та виконання ним правил особистої гігієни;

- > контроль за виконанням санітарно-гігієнічних норм і правил при розташуванні польових пунктів харчування на місцевості, організацією їх водопостачання;
- > контроль за дотриманням гігієнічних вимог до первинної теплової обробки продуктів;
- > контроль за дотриманням терміну реалізації готової їжі;
- > контроль якості миття та знезараження індивідуальних казанків, інвентарю та термосів на польових пунктах харчування;
- > проведення медичного нагляду за станом здоров'я працівників продовольчої служби і здійснення контролю за виконанням ними правил особистої гігієни;
- > проведення заходів з профілактики харчових отруєнь;
- > відпрацювання рекомендацій для покращання харчування військово-службовців.

5.2.2.3. Санітарний нагляд за водопостачанням

Санітарний нагляд за водопостачанням має за мету виключення вживання особовим складом недоброякісної або зараженої (ОР, РР, БЗ) води.

Організація водопостачання покладається на заступника командира по тилу, а здійснюється силами та засобами інженерної служби.

У сучасних умовах, враховуючи реальні можливості застосування противником ЗМУ, водопостачання військ повинно проводитись тільки організовано, через пункти водопостачання (ПВП).

Під час вибору місця для розгортання ПВП має бути врахований санітарно-епідемічний стан території, можливість зараження води бактеріологічними рецептурами, радіоактивними та отруйними речовинами, санітарно-технічна характеристика джерела водопостачання.

Під час вибору джерел водопостачання перш за все слід орієнтуватись на артезіанські свердловини та природні підземні джерела. Незалежно від походження води в польових умовах її використання дозволяється лише після очищення та знезараження. Табельні засоби очищення та знезараження є на оснащенні інженерної служби.

Санітарний нагляд за водопостачанням передбачає:

- > участь медичної служби при виборі джерел водопостачання;
- > контроль санітарного стану пунктів водопостачання, водозабірних пунктів, засобів перевезення і зберігання води;
- > організацію систематичного лабораторного контролю якості води;
- > контроль за дотриманням військовослужбовцями норм водопостачання;
- > контроль забезпечення особового складу індивідуальними флягами;
- > контроль забезпечення особового складу індивідуальними засобами знезараження води і навчання правилам користування ними;

- > контроль за станом здоров'я особового складу, який працює на об'єктах водопостачання.

5.2.2.4. Санітарний нагляд за лазнево-пральним обслуговуванням особового складу

Санітарний нагляд за лазнево-пральним обслуговуванням особового складу, виконанням військовослужбовцями правил особистої гігієни має важливе значення для збереження боєздатності і профілактики захворювань особового складу.

Організація лазнево-прального обслуговування особового складу покладається на начальника речової служби і передбачає щотижневе миття військовослужбовців у лазні з обов'язковою заміною білизни, а при необхідності і проведення дезінфекції і дезінсекції обмундирування та спецодягу, забезпечення милом та миючими засобами. Кухарі і пекарі, окрім того, щоденно приймають душ.

Миття хворих зі зміною білизни проводять в залежності від медичних показань, але не рідше одного разу на тиждень. Перед миттям у лазні фельдшер проводить медичний огляд. При виявленні педикульозу проводиться дезінсекція обмундирування та особистих речей.

Санітарний нагляд за лазнево-пральним обслуговуванням передбачає:

- > контроль за організацією і регулярністю проведення миття особового складу в лазні;
- > контроль за якістю прання, дезінфекції і дезінсекції натільної та постільної білизни, обмундирування та хімічної чистки спеціального одягу;
- > медичний нагляд за станом здоров'я особового складу, який обслуговує польові лазні та пральні.

5.2.2.5. Санітарний нагляд за умовами військової праці

Санітарний нагляд за умовами військової праці проводиться з метою попередження захворювань, уражень та травм у військовослужбовців, обумовлених впливом несприятливих чинників військово-професійного середовища.

Несприятливий вплив чинників навколишнього середовища в процесі військової служби може проявитися гострими та хронічними захворюваннями. Ризик виникнення цих захворювань збільшується під час аварійних ситуацій або в результаті порушення техніки безпеки.

До шкідливих штучних чинників відносяться технічні рідини, вихлопні та порохові гази, окис вуглецю, електромагнітні випромінювання надвисокочастотного діапазону, шум, вібрація, перевантаження тощо.

Окрім шкідливих штучних чинників існує цілий ряд природних чинників, які за певних обставин можуть призвести до патологічних змін в організмі. До них відносяться: підвищений тиск при водолазних роботах, пониже-

i

ний атмосферний тиск та гіпоксія при діях військ у гірській місцевості, у пілотів літаків.

Санітарний нагляд за умовами військової праці передбачає:

- > контроль за дотриманням гігієнічних вимог при роботі з джерелами іонізуючих і лазерних випромінювань, пристроями, які утворюють електромагнітні поля надвисоких частот;
- > контроль за дотриманням гігієнічних вимог при роботі з агресивними і токсичними речовинами;
- > контроль за виконанням гігієнічних норм і правил при експлуатації бойової техніки і озброєння;
- > контроль за забезпеченням особового складу засобами захисту і за правильністю їх використання;
- > подання пропозицій щодо поліпшення умов праці та з профілактики впливу несприятливих факторів на особовий склад.

5.2.2.6. Санітарний нагляд за похованням померлих і загиблих військовослужбовців

В умовах сучасної війни, коли в районах бойових дій неминучі масові втрати особового складу військ і цивільного населення, велике значення для санітарного благополуччя військ має виконання санітарно-гігієнічних вимог під час очищення районів бойових дій від трупів загиблих військовослужбовців.

Ділянка для поховання повинна бути розташована не ближче 300 метрів від населеного пункту на піднесених місцях, з низьким стоянням ґрунтових вод (не менше ніж 0,5 метрів від дна могили). Поховання може бути одиночним чи в братських могилах. На одного трупа приділяється 1-2 м² площі. В одній могилі не слід ховати більш 100 трупів. Нагробний пагорб робиться висотою не нижче 0,75 м, край його повинен виступати за межі могили.

Для дезінфекції трупів хворих, померлих від інфекційних хвороб, застосовуються дезінфікуючі засоби. З цією метою на дно могили засипають шар хлорного вапна товщиною в 2-3 см, а труп загортається в тканину, просякнуту 5% розчином лізолу чи ДТСГК або 10% розчином хлорного вапна.

Таким чином санітарний нагляд за умовами поховання померлих і загиблих передбачає:

- > контроль за виконанням санітарно-гігієнічних вимог під час вибору місця для поховання загиблих;
- > контроль за виконанням правил поховання загиблих і померлих військовослужбовців;
- > проведення дезінфекції небезпечних в санітарно-епідемічному відношенні матеріалів;
- > забезпечення підрозділів (команд), які виділяються для поховання і очистки поля бою дезінфікуючими засобами;

- > контроль за станом здоров'я особового складу, який задіяний в роботах по похованню загиблих.

5.2.3. Участь у розвідці джерел водопостачання, експертиза води та продовольства

Організація розвідки джерел водопостачання, добування і обробка води, а також обладнання пунктів водопостачання і їх експлуатація покладено на інженерну службу; продовольча служба обладнує водорозбірні пункти. Визначення потреби військ у воді, розподіл і доставка частинам (підрозділам), а також організація охорони джерел водопостачання є обов'язком начальника тилу частини. На медичну службу покладається участь в розвідці і виборі джерел водопостачання, контроль за санітарним станом джерел і пунктів водопостачання (не рідше одного разу на добу), за якістю води і її обробкою, а також інструктаж персоналу і допомога йому у знезараженні води на пунктах водопостачання. Висновок про якість води і можливість її використання дається на підставі ретельного санітарно-топографічного і санітарно-епідеміологічного обстеження району розташування джерела, оцінки його санітарно-технічного обладнання і, у разі потреби, лабораторного аналізу води, який проводять спеціалісти санітарно-епідеміологічних закладів.

На медичну службу також покладається систематичний контроль за станом здоров'я особового складу, який обслуговує пункти водопостачання, забезпечення військ засобами знезараження індивідуальних запасів води (у флягах) і навчання особового складу правил користування ними. Медична служба здійснює також нагляд за належним станом флаг і резервуарів для транспортування і зберігання води і організму їх дезінфекцію.

Визначення доброякісності харчових продуктів проводиться на продовольчих складах, продовольчих пунктах і кухнях, а також в місцях заготовки і виробництва (в польових м'ясокомбінатах, бойнях, хлібозаводах тощо). При цьому медична служба забезпечує огляд продуктів, що надходять на склади і кухні, нагляд за виконанням гігієнічних вимог під час зберігання продуктів і приготуванням їжі, а також дає висновок у відношенні явно недоброякісних або заражених продуктів.

Експертиза харчових продуктів організується за вказівкою командира частини (заступником командира по тилу) начальником продовольчої служби у випадках підозри на недоброякісність, некондиційність, фальсифікацію або зараження продовольства ОР, РР і БЗ, а також при використанні трофейного продовольства. Експертиза проводиться спільно представниками медичної, ветеринарної, РХБЗ і продовольчої служб. Остаточне рішення про можливість видачі продовольства для харчування особового складу приймає командир частини.

В умовах сучасної війни велика увага приділяється попередженню зараження продуктів харчування радіоактивними, отруйними і бактеріальними засобами. Організація заходів по захисту харчових продуктів від за-

раження, а також їх знезараження покладаються на продовольчу службу. На медичну службу покладається експертиза харчових продуктів, що опинилися в зоні зараження радіоактивними, хімічними речовинами і бактеріальними засобами. Проби продуктів, що підлягають експертизі, направляються в лабораторії санітарно-епідеміологічних закладів, які роблять висновки про можливість використання цих продуктів для постачання особового складу військ.

Медична служба забезпечує також контроль за якістю дезактивації, дегазації або дезінфекції продуктів.

5.2.4. Пропаганда гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового складу військ

Пропаганда гігієнічних знань та здорового способу життя особового складу - це спрямований вплив на військовослужбовців словом та прикладом з метою формування у них свідомого відношення до збереження і зміцнення свого здоров'я, прищеплення навичок виконання особистої та суспільної гігієни. Воно проводиться з урахуванням характеру бойової діяльності, санітарного стану військової частини (з'єднання, об'єднання), захворюваності особового складу.

Гігієнічне виховання здійснюється шляхом планової роботи з пропаганди гігієнічних знань та здорового способу життя, а також щоденне спілкування з особовим складом.

Форми колективної та індивідуальної виховної роботи повинні вибиратися залежно від загальноосвітнього рівня, психологічного стану військовослужбовців.

5.3. Характеристика санітарно-гігієнічного стану військової частини та району її розміщення

При проведенні контролю за санітарно-гігієнічним станом військової частини та районом її розміщення для опрацювання пропозицій командуванню щодо проведення санітарно-гігієнічних заходів начальник медичної служби повинен оцінити санітарно-гігієнічний стан частини. Санітарно-гігієнічний стан частини оцінюється на підставі даних про рівень, структуру і динаміку інфекційної захворюваності серед військовослужбовців та населення, а також вивчення місцевості, врахування погодних умов, даних про радіаційну, хімічну, бактеріологічну і санітарно-епідемічну обстановку.

За санітарно-гігієнічними показниками стан частини може бути оцінений як *задовільний* або *незадовільний*.

Санітарно-гігієнічний стан частини вважається задовільним в разі коли:

- > захворюваність особового складу не впливає на боєздатність (0,1-0,2%, відсутні гострозаразні хвороби);
- > санітарно-епідемічний стан району діяльності військ благополучний;

- > територія, на якій діє частина, не заражена ОР, РР, БЗ, фекально-побутовими і промисловими водами;
- > умови розташування, водопостачання і військової праці відповідають вимогам керівних документів.

Санітарно-гігієнічний стан частини вважається незадовільним при наявності однієї із наступних умов:

- > появи серед особового складу частини гострозаразних групових інфекційних захворювань, які впливають на боєздатність військ;
- > отримання більше ніж 30 відсотками особового складу зовнішнього радіоактивного опромінення, яке впливає на боєздатність;
- > зараження місцевості ОР, РР (більше ніж 5 Р/год), БЗ;
- > при діях в районі, який інтенсивно забруднений нечистотами, промисловими отруйними речовинами;
- > відсутність у військах якісної води, продовольства або при зниженні забезпечення особового складу ними на 50 відсотків у порівнянні з діючими нормами.

Для покращення санітарно-гігієнічного стану частини проводяться комплексні заходи із залученням сил та засобів начальника медичної служби вищої ланки.

5.4. Зміст протиепідемічних заходів у військах

Протиепідемічні заходи мають на меті запобігання виникненню інфекційних захворювань серед особового складу, а у випадках їх появи - недопущення розповсюдження і як найшвидша локалізація та ліквідація осередків інфекційних захворювань.

В основу організації протиепідемічних заходів покладено:

- > принцип профілактичної спрямованості цих заходів;
- > комплексний підхід до організації та проведення санітарно-гігієнічних, профілактичних та протиепідемічних заходів у відповідності з досягненнями військово-медичної науки;
- > єдиний підхід до виконання завдань попередження і ліквідації інфекційних захворювань;
- > відповідність змісту та обсягу протиепідемічних заходів санітарно-епідемічній ситуації у військах та району їх дислокації.

Відповідно епідемічному процесу протиепідемічні заходи можна згрупувати у три групи:

1. Заходи спрямовані на нейтралізацію джерела інфекції.
2. Заходи спрямовані на розрив механізму передачі.
3. Заходи спрямовані на створення несприйнятливості організму до інфекційних захворювань.

Самостійне значення мають лабораторно-діагностичні дослідження та пропаганда гігієнічних знань та здорового способу життя серед особового

складу військ, як загальні заходи по забезпеченню ефективності всього комплексу протиепідемічних заходів (табл. 5.1).

Таким чином, протиепідемічні заходи включають:

- > проведення заходів для запобігання заносу інфекційних захворювань з прибуваючим в частину молодим поповненням;
- > виявлення, облік і лікування осіб з хронічними формами інфекційних захворювань і бактеріоносіїв;
- > дотримання протиепідемічного режиму на етапах медичної евакуації;
- > виявлення осіб з ризиком зараження і організація медичного нагляду за ними;
- > проведення дезінфекції, дезінсекції та дератизації;

Таблиця 5.1

Схема заходів з протиепідемічного забезпечення військ (за В.Д. Біляковіш)

Спрямованість заходів	Групи заходів
Джерело збудника	1. Ізоляційні, лікувально-діагностичні та режимно-обмежувальні. 2. Ветеринарно-санітарні та дератизаційні
Механізм передачі	1. Санітарно-гігієнічні заходи протиепідемічної спрямованості. 2. Дезінфекція, дезінсекція та санітарна обробка
Сприйнятливість організму	1. Імунопрофілактика. 2. Екстрена профілактика

- > проведення профілактичних щеплень і екстреної профілактики особовому складу;
- > пропаганда гігієнічних знань і здорового способу життя серед особового складу військ.

Окрім того, медична служба бере участь в проведенні протиепідемічних заходів, які організує командування і проводить їх за участю військ та інших служб.

До них відносяться:

- > заходи щодо запобігання зараження особового складу від цивільного населення, військовополонених і в природних осередках інфекційних захворювань;
- > ізоляційно-обмежувальні заходи;
- > санітарно-гігієнічні заходи протиепідемічного напрямку.

Необхідно звернути особливу увагу на постійне дотримання протиепідемічного режиму в медичних частинах і закладах, який передбачає ізоляцію інфекційних хворих, запобігання виникненню і розповсюдженню інфекційних захворювань.

При надходженні поранених і хворих із осередків особливо небезпечних інфекцій (чума, холера, натуральна віспа) чи осередків бактеріологічного

(біологічного) зараження етапи медичної евакуації переводяться на суворий протиепідемічний режим роботи, який включає:

- > розгортання (виділення) спеціальних функціональних підрозділів для прийому інфекційних хворих, їх медичне сортування, санітарну обробку, надання медичної допомоги і виділення для роботи в них окремого медичного персоналу;
- > виділення поранених і хворих з ознаками інфекційних захворювань ще на сортувальному посту;
- > проведення часткової і повної санітарної обробки всіх поранених і хворих, які надійшли;
- > екстрену профілактику всім пораненим, хворим і особовому складу медичного закладу;
- > використання медичним складом при обслуговуванні поранених і хворих засобів індивідуального захисту органів дихання, шкіри і очей;
- > активне виявлення інфекційних хворих серед тих, які знаходяться на лікуванні і серед тимчасово госпіталізованих поранених і хворих;
- > поточну і заключну дезінфекцію в усіх функціональних підрозділах.

Суворий протиепідемічний режим зберігається до кінця строку інкубаційного періоду даного захворювання, який рахується з моменту евакуації останнього хворого і проведення заключної дезінфекції.

5.5. Характеристика санітарно-епідемічного стану військової частини, району її дії і розміщення

Організація і обсяг протиепідемічних заходів визначається конкретною бойовою обстановкою, а також санітарно-гігієнічним і санітарно-епідемічним станом військ і району їх дії, які визначаються через безперервне проведення санітарно-епідемічної розвідки і спостереження. Тому кожен начальник медичної служби повинен мати дані про санітарно-епідемічний стан військ і району, який вони займають.

Санітарно-епідемічний стан частини і району її дії може бути: благополучним, нестійким, неблагополучним і надзвичайним.

Благополучним санітарно-епідемічний стан частини вважається:

- > при відсутності гострозаразних захворювань або у випадку їх появи, при задовільному санітарно-гігієнічному стані військ;
- > при відсутності умов для формування епідемічних осередків і поширення інфекційних захворювань серед особового складу (задовільний санітарно-гігієнічний стан частини);
- > при появі поодиноких випадків інфекційних захворювань, характерних для цієї місцевості (за виключенням особливо небезпечних інфекцій (ОНІ));
- > при відсутності застосування противником біологічної зброї і благополучному санітарно-епідемічному стані району діяльності військ.

Благополучним санітарно-епідемічний стан району діяльності військ вважається:

- > при відсутності гострозаразних захворювань серед населення;
- > при появі поодиноких випадків інфекційних захворювань, що не викликають загрози для військ;
- > при відсутності факту застосування БЗ;
- > при відсутності умов для широкого поширення інфекційних захворювань (задовільний санітарно-гігієнічний стан території, об'єктів водопостачання, комунальний благоустрій).

Нестійким санітарно-епідемічний стан частини вважається при наявності однієї з наступних умов:

- > виникнення поодиноких інфекційних захворювань, не характерних для цієї місцевості;
- > незначне збільшення спорадичних захворювань, які мали місце раніше;
- > поява групових захворювань без тенденції до подальшого поширення при задовільному санітарно-гігієнічному стані частини;
- > розміщення особового складу в районі, санітарно-епідемічний стан якого нестійкий, або неблагополучний; незадовільний санітарно-гігієнічний стан частини.

Нестійким санітарно-епідемічний стан району діяльності військ вважається при наявності однієї із наступних умов:

- > виникнення серед населення незареєстрованих раніше групових інфекційних захворювань при задовільному санітарно-гігієнічному стані території, об'єктів водопостачання і відсутніх умовах для масового розповсюдження захворювань;
- > наявність епідемічних осередків інфекцій, які викликають загрозу заносу їх у війська;
- > незадовільний санітарно-гігієнічний стан населених пунктів і об'єктів водопостачання, комунальна невідповідність;
- > безпосередньо близьке розташування району діяльності військ до великих неліквідованих епідемічних осередків, або осередків бактеріального зараження.

Про нестійкий санітарно-епідемічний стан начальник медичної служби доповідає командирі і вищестоящому начальнику медичної служби. Окрім цього, він відпрацьовує план протиепідемічних заходів із зазначенням строків їх проведення, сил і засобів, які будуть використовуватися, і відповідальних виконавців.

Посилюється санітарно-епідеміологічна розвідка, створюється резерв сил і засобів для проведення необхідних запланованих заходів, збільшується число місць в ізоляторах і готується санітарний транспорт для евакуації інфекційних хворих. При необхідності проводиться імунізація та ревакцинація особового складу.

Неблагополучним санітарно-епідемічний стан частини вважається при наявності однієї із наступних умов:

- > поява серед особового складу групових інфекційних захворювань і наявність умов для їх подальшого розповсюдження;
- > занос у війська поодиноких захворювань ОНІ (чума, віспа, холера);
- > розміщення в районі, санітарно-епідемічний стан якого оцінюється як надзвичайний або після застосування противником БЗ (за виключенням підтвердженого факту застосування рецептур ОНІ),

Неблагополучним санітарно-епідемічний стан району діяльності військ вважається при наявності однієї із наступних умов:

- > поява групових інфекційних захворювань серед населення і наявність умов для їх розповсюдження (незадовільний санітарний гігієнічний стан території, об'єктів водопостачання, комунального господарства);
- > виникнення поодиноких випадків захворювань ОНІ;
- > після застосування противником БЗ (окрім збудників ОНІ).

Частина або район об'являються неблагополучними в санітарно-епідемічному відношенні розпорядженням командувача об'єднання (АК). Після цього, як правило, в частині об'являється режим обсервації і безпосереднє керівництво проведенням заходів здійснює начальник медичної служби об'єднання (АК). Приводиться в дію план протиепідемічних заходів. Як доповнення до цього, проводяться заходи, спрямовані на обмеження контакту особового складу між підрозділами, а також з особовим складом сусідніх частин.

При виявленні в районі бойових дій осередків інфекційних захворювань, проводяться заходи щодо їх локалізації та ліквідації.

Надзвичайним санітарно-епідемічний стан частини вважається при наявності однієї із наступних умов:

- > зростання кількості інфекційних хворих серед особового складу до епідемії за короткий строк, що приводить до втрати боєздатності;
- > поява повторних випадків ОНІ чи виникнення групових спалахів цих хвороб;
- > визначення факту застосування противником біологічної зброї у вигляді рецептур ОНІ;

Надзвичайним санітарно-епідемічний стан району діяльності військ вважається при наявності однієї із наступних умов:

- > поява групових захворювань ОНІ серед населення;
- > широке розповсюдження інших небезпечних для військ інфекційних захворювань;
- > застосування противником збудників ОНІ;
- > активізація природного осередку чуми і поява захворювань чумою серед людей.

Надзвичайний санітарно-епідемічний стан об'являється наказом командувача ОК, а начальник медичної служби ОК доповідає в Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони.

У частині встановлюється карантин. Для цього їй визначаються спеціальні райони ізоляції, куди направляються необхідні сили і засоби медичної служби ОК. Якщо умови не дозволяють вивести частину із району бойових дій, то тимчасово впроваджується обсервація. Райони надзвичайного санітарно-епідемічного стану для розташування військ не призначаються.

5.6. Організація обсервації і карантину у військовій частині

Заходи з ліквідації наслідків застосування противником БЗ проводяться відповідно до умов бойових дій і передбачають:

- > індикацію застосованих засобів;
- > визначення межі осередку ураження і тих частин, які зазнали ураження;
- > встановлення в осередку ураження обсервації чи карантину з одночасним проведенням заходів для ліквідації осередку.

До ідентифікації застосованого противником збудника впроваджується **обсервація**, суть якої полягає в посиленні медичного нагляду за осередком ураження, а також в проведенні ряду лікувально-профілактичних і ізоляційно-обмежувальних заходів, які спрямовані на запобігання розповсюдження інфекційних захворювань.

Обсервація не вимагає виводу частини із зони бойових дій. Вона включає наступні основні заходи:

- > посилення медичного нагляду за особовим складом;
- > раннє активне виявлення хворих, їх ізоляцію і госпіталізацію;
- > проведення екстреної профілактики серед всього ураженого особового складу, яка передбачає застосування лікувальних сироваток, антибіотиків, хіміопрепаратів та інших засобів;
- > посилення санітарного нагляду за виконанням всіх санітарно-гігієнічних норм і правил;
- > обмеження виїзду, в'їзду і транзитного проїзду через територію, яка зайнята військами, ураженими БЗ, а також максимальне обмеження контакту цих військ з особовим складом сусідніх частин і місцевим населенням;
- > впровадження суворого протиепідемічного режиму роботи на тих етапах медичної евакуації, куди надходять поранені та хворі із уражених частин.

Великого значення набуває санітарна обробка особового складу, дезінфекція одягу, спорядження, озброєння, техніки і місцевості, а також знезараження води і продовольства.

Часткова санітарна обробка особового складу проводиться в підрозділах. Повна санітарна обробка потребує виводу військ з поля бою.

Після визначення виду застосованої БЗ в залежності від природи збудника в військах впроваджується карантин або продовжуються обсерваційні заходи.

Карантин впроваджується при застосуванні проти військ у складі БЗ рецептур ОНІ, при виникненні серед особового складу військ ОНІ, а також при появі інших масових контагіозних захворювань, які загрожують боєздатності військ.

Карантин - це система протиепідемічних і режимних заходів, які спрямовані на повну ізоляцію частин від цивільного населення, сусідніх військ і ліквідацію захворювань.

При впровадженні карантину передбачається:

- > заборона в'їзду в епідемічний осередок (осередок БЗ), виїзду і вивозу звідти будь-якого майна без попереднього знезараження (знешкодження);
- > охорона району карантину зі зброєю;
- > роз'єднання особового складу на можливо більш дрібні групи;
- > організація в карантині спеціальної комендантської служби, яка забезпечує виконання правил карантину;
- > щоденний медичний огляд (з вимірюванням температури тіла) осіб з підозрою на захворювання;
- > негайна ізоляція і госпіталізація хворих в інфекційні госпіталі;
- > організація профілактичних щеплень і специфічної профілактики за відповідними схемами;
- > організація постачання частин, які знаходяться в карантині.

Для дотримання режиму в карантині виділяється комендантська служба для охорони району карантину зі зброєю. Постачання військової частини продуктами харчування, майном, ліками та лікарськими засобами відбувається через перевантажувальні майданчики та передавальні пункти. Для проведення в карантині протиепідемічних заходів, виділяються фахівці санітарно-епідеміологічної служби та лікувально-профілактичних закладів. В залежності від обставин формуються групи фахівців, які здійснюють ізоляційно-лікувальне, дезінфекційне та лабораторно-діагностичне забезпечення, а також проведення щеплень у вигляді специфічної профілактики.

Начальником карантину є командир з'єднання, на яке накладено карантин. Тривалість карантину залежить від виду збудника і впроваджується на термін інкубаційного періоду захворювання з моменту ізоляції останнього хворого.

Усі етапи медичної евакуації, які ведуть прийом поранених і хворих із частин які підпали під дію БЗ, повинні працювати з дотриманням суворого протиепідемічного режиму.

5.7. Коротка характеристика сил і засобів медичної служби, які використовуються для проведення санітарно-гігієнічних і проти-епідемічних заходів у військах

Проведення комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів є обов'язком всього особового складу медичної служби. Проте обсяг і склад цих заходів, які проводяться різними ланками медичної служби, неоднакові і визначаються завданнями, умовами діяльності, кваліфікацією медичного складу і його оснащенням.

Санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи в роті проводить санітарний інструктор, в батальйоні - фельдшер (начальник медичного пункту батальйону), в частині проведення цих заходів організовує начальник медичної служби.

У результаті реформування санітарно-епідеміологічної служби ЗС України створена нова організаційно-штатна структура закладів, визначені основні напрямки удосконалення і функціонування системи державного санітарно-епідеміологічного нагляду в ЗС України та протиепідемічного захисту військ. В основу здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду покладено принцип територіальності з чітким розмежуванням відповідальності медичної служби та санітарно-епідеміологічної служби ЗС України та створена санітарно-епідеміологічна управлінська вертикаль.

До складу санітарно-епідеміологічної управлінської вертикалі (служби) входять:

- > санітарно-епідеміологічне управління ДОЗ МО України;
- > центр державного санітарно-епідеміологічного нагляду ЗС України;
- > регіональні санітарно-епідеміологічні загони;
- > територіальні санітарно-епідеміологічні загони;
- > санітарно-епідеміологічні лабораторії гарнізонів.

До складу санітарно-епідеміологічних закладів на воєнний час входять також санітарно-контрольні пункти (СКП).

Санітарно-епідеміологічне управління Д О З М О України у своєму складі включає:

- > організаційно-методичний відділ (відділення збору і обробки інформації, організаційне відділення),
- > епідеміологічний відділ;
- > санітарно-гігієнічний відділ.

Усі відділи санітарно-епідеміологічного управління очолюють головні фахівці МО України.

Ц"нтр державного санітарно-епідеміологічного нагляду ЗС України у своєму складі включає:

- > епідеміологічний відділ (епідеміологічне відділення; дезінфекційне відділення);
- > санітарно-гігієнічний відділ (відділення гігієни харчування; відділення комунальної гігієни; гігієнічна лабораторія);

- > мікробіологічний відділ (бактеріологічне відділення; відділення особливо небезпечних інфекцій, відділення аналізу імунобіологічних та діагностичних препаратів);
- > відділ радіології і токсикології (токсикологічне відділення; токсикологічна лабораторія; лабораторія вимірювання фізичних факторів; радіологічне відділення);
- > підрозділи забезпечення та віварій.

Основними напрямками діяльності фахівців санітарно-епідеміологічних закладів в межах територій відповідальності є:

- > здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в обсязі та з періодичністю, яка визначається епідеміологічною ситуацією та реальним санітарним станом військового господарства;
- > визначення пріоритетних заходів щодо профілактики захворювань, а також охорони здоров'я військовослужбовців від шкідливого впливу різних чинників навколишнього середовища;
- > вивчення, оцінка та прогнозування показників здоров'я військовослужбовців незалежно від стану середовища, яке спричиняє на них негативний вплив;
- > підготовка пропозицій щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя військ, запобігання занесенню та розповсюдженню особливо небезпечних та паразитарних інфекцій;
- > усунення причин та умов, що призводять до виникнення та поширення інфекційних, масових неінфекційних захворювань, отруень і радіаційних уражень військовослужбовців;
- > облік інфекційних, паразитарних та професійних захворювань і отруень.

Конкретні напрямки діяльності, завдання, функції, критерії оцінки державної санітарно-епідеміологічної служби визначаються відповідними положеннями про санітарно-епідеміологічні заклади ЗС України.

Санітарно-епідеміологічний загін (регіональний) у своєму складі має:

- > організаційно-методичний відділ;
- > епідеміологічний відділ (пересувне санітарно-епідеміологічне відділення; бактеріологічне відділення; відділення особливо небезпечних інфекцій; дезінфекційне відділення; дезінфекційно-дератизаційне відділення; відділення санітарної обробки);
- > санітарно-гігієнічний відділ (санітарно-гігієнічне відділення; радіаційно-токсикологічне відділення; санітарно-гігієнічна лабораторія; відділення санітарно-епідеміологічної розвідки);
- > санітарно-контрольний пункт та підрозділи забезпечення.

Санітарно-епідеміологічний загін (територіальний) у своєму складі має:

- > епідеміологічне відділення;
- > пересувне санітарно-епідеміологічне відділення;

- > бактеріологічне відділення;
- > відділення особливо небезпечних інфекцій;
- > санітарно-гігієнічне відділення;
- > токсико-радіологічне відділення;
- >• відділення санітарно-епідеміологічної розвідки;
- > дезінфекційно-дератизаційне відділення;
- > відділення санітарної обробки;
- У відділення матеріально-технічного забезпечення;
- > санітарно-контрольний пункт.

На СЕЗ територіальні та регіональні покладаються наступні завдання:

- > проведення санітарно-епідеміологічної розвідки в районі розташування та ведення бойових дій військ;
- > вивчення і аналіз санітарно-епідеміологічної обстановки у військах;
- > проведення санітарно-гігієнічних та мікробіологічних досліджень;
- > проведення індикації бактеріальних засобів на об'єктах навколишнього середовища і матеріалах від хворих;
- > експертиза води та продовольства на зміст радіоактивних та отруйних речовин;
- > обстеження природних осередків інфекцій і розробка заходів з профілактики зараження особового складу військ;
- > участь в проведенні у військах режимно-обмежувальних заходів і ліквідації осередків особливо небезпечних інфекцій;
- > проведення повної санітарної обробки особового складу військ за епідемічними показниками;
- > організація і проведення дезінфекційних, дезінсекційних і дератизаційних заходів у військах;
- > здійснення кваліфікованого санітарно-епідеміологічного нагляду за розташуванням, харчуванням, водопостачанням, умовами військової праці;
- > забезпечення СЕЛ гарнізонів реактивами, діагностикумами, поживними середовищами, лабораторними тваринами тощо;
- > заміна СЕЛ гарнізонів, що вибули з ладу;
- > контроль та надання допомоги військовій медичній службі в проведенні санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів.

До складу санітарно-епідеміологічної лабораторії гарнізону входять:

- > начальник лабораторії - лікар-епідеміолог, лікар-радіолог, лікар-токсиколог, лікар-гігієніст, бактеріолог, лаборант, санітарний інструктор-дезінфектор, санітарний інструктор-дозиметрист, санітар, водій-електрик, оператор ПЕОМ і санітар.

Основні завдання санітарно-епідеміологічної лабораторії гарнізону:

- > проведення санітарно-епідеміологічної розвідки і спостереження;
- > участь в проведенні бактеріологічної розвідки з проведенням специфічної ідентифікації бактеріальних засобів;

- > проведення поточних санітарно-гігієнічних і мікробіологічних досліджень;
- > проведення експертизи води і продовольства на вміст радіоактивних та отруйних речовин;
- > епідеміологічне обстеження осередків інфекційних захворювань в частинах та підрозділах району обслуговування з організацією заходів щодо їх локалізації та ліквідації;
- > здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду за розташуванням, харчуванням, водопостачанням, банно-пральним обслуговуванням, умовами військової праці військовослужбовців, а також за похованням загиблих у бою;
- > здійснення контролю та надання методичної допомоги при організації та проведенні санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у частинах і підрозділах;
- > організація і проведення повної санітарної обробки поранених і хворих які надходять в медичну роту бригади;
- > надання методичної допомоги при впровадженні суворого протиепідемічного режиму в медичній роті бригади та ВППГ;
- > здійснення епідеміологічного аналізу інфекційних захворювань військовослужбовців в частинах та підрозділах в районах обслуговування;
- > організація і проведення протиепідемічних заходів в частинах, розташованих в районі обслуговування.

Санітарно-контрольний пункт призначений для проведення санітарного нагляду за санітарним станом ешелонів і команд військовослужбовців, які рухаються залізничним, водним, а також автомобільним транспортом. Він виконує функції протиепідемічних перешкод на шляхах пересування військ з метою попередження заносу інфекцій у війська, або з військ на територію країни.

Завданнями санітарно-контрольного пункту є:

- > контроль за санітарно-епідемічним станом ешелонів;
- > проведення санітарної обробки ешелонів за необхідності;
- > затримання для обсервації військовослужбовців за необхідності;
- > ізоляцію інфекційних хворих і проведення всього комплексу проти-епідемічних заходів.

5.8. Медична розвідка

5.8.1. Визначення поняття, завдання і види медичної розвідки

Медична розвідка - це збір даних про медичні загрози (обстановку та фактори ризику природного, кліматичного, екологічного, соціально-економічного, медичного характеру тощо), які можуть впливати на здоров'я особового складу і санітарне благополуччя військ, а також на ефективність діяльності медичної служби.

Медична загроза (небезпека) - це явище, процеси та об'єкти з прогнозованими, але неконтрольованими умовами (факторами) виникнення небажаних наслідків у певний момент часу та в межах даної території, які здатні заподіяти шкоду здоров'ю людини (її безпеці) і негативно вплинути на ефективність діяльності медичної служби військових частин. Небезпека визнається якісно.

Ризик - це імовірність реалізації небезпеки з певними, у просторі та часі небажаними наслідками для здоров'я людини та медичної служби військових частин. Ризик величина кількісна.

Медична розвідка переслідує декілька цілей на оперативнo-стратегічному і тактичному рівнях. По-перше, це отримання відомостей надзвичайно важливих для здійснення глибокого, конкретного та цільового процесу планування діяльності системи медичного забезпечення військ. По-друге, це отримання відомостей, важливих для реалізації конкретних заходів щодо лікувально-профілактичного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного забезпечення військ, проведення медичних заходів по захисту особового складу від уражаючих факторів при застосуванні противником зброї масового ураження (та від уражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів), заходів по забезпеченню медичної служби медичним майном та обладнанням, управлінню медичною службою та ін.

Отримані в результаті медичної розвідки відомості використовуються для:

- > оцінки ризику погіршення стану здоров'я особового складу військ;
- > доповнення існуючих відомостей при здійсненні прогнозування майбутніх бойових дій та особливостей функціонування медичної служби;
- > удосконалення організаційних форм і доповнення змісту проведення лікувально-евакуаційного, санітарно-гігієнічного і протиепідемічного забезпечення військ (наприклад, здійснення профілактичних щеплень тощо);
- > здійснення детальнішого планування щодо зменшення ризику погіршення стану здоров'я особового складу військ та ризику зниження ефективності функціонування системи медичного забезпечення військ;
- > здійснення цільового управління наявними силами та засобами медичної служби і своєчасне визначення необхідних резервів;
- > здійснення цілеспрямованої організації комплексу заходів щодо розгортання, функціонування, а також охорони та оборони підрозділів та закладів медичної служби.

Узагальнено важливість результатів медичної розвідки визначається тим, що одержані нею дані дозволяють запобігти несприятливому впливу обстановки та факторів ризику на стан здоров'я особового складу, санітарне

благополуччя військ, а також максимально врахувати і використати конкретні умови в інтересах найкращого медичного забезпечення військ.

На здоров'я і санітарно-епідемічний стан військ, а також на діяльність медичної служби впливає ряд елементів обстановки: природні умови, санітарно-гігієнічний і санітарно-епідемічний стан населення і району розташування і дії військ, стан житлового фонду, шляхів сполучення та ін. Виявлення та аналіз цих елементів обстановки з метою запобігання їх негативно-го впливу на особовий склад військ і діяльність медичної служби чи їх використання в інтересах медичного забезпечення військ складає головний зміст медичної розвідки.

Відповідно до змісту ведення медичної розвідки та з метою її ефективного здійснення визначають конкретні об'єкти та чіткі завдання медичної розвідки, які залежать від існуючої обстановки (тактичної, тилової та медичної) та наявних медичних загроз.

Найбільш часто об'єктами медичної розвідки є:

- > природні умови та їх вплив на здоров'я особового складу військ і на діяльність медичної служби;
- > райони розташування і дії військ (санітарно-епідемічний стан районів, умови життя і побуту населення, наявність і характер інфекційних захворювань, санітарний стан населених пунктів, їх благоустрій, стан джерел водопостачання та ін.);
- > райони, намічені для розгортання етапів медичної евакуації і розміщення сил та засобів медичної служби (санітарний стан районів, наявність приміщень, природних та штучних сховищ, місцевих засобів, що можуть бути використані в інтересах медичної служби та ін.);
- > війська противника - їх санітарно-епідемічний стан, характер здійснюваних у них профілактичних заходів, наявність частин і закладів медичної служби і їх оснащення та ін.;
- > цивільна система охорони здоров'я — це наявність і стан цивільних лікувальних і профілактичних закладів, наявність медичного персоналу і медичного майна, організація і зміст профілактичних заходів, які проводяться серед місцевого населення;
- > шляхи евакуації - стан доріг, можливість використання, зміст і обсяг робіт щодо їх ремонту та ін.;
- > місцеві ресурси, що можуть бути використані в інтересах медичної служби (медична промисловість, сировина, матеріали і підприємства, на базі яких можуть бути організовані ремонт і виготовлення медичного майна та техніки, місцеві транспортні засоби та ін.).

Головними завданнями медичної розвідки є:

1. Вивчення і визначення санітарно-епідемічного стану району розміщення та майбутніх бойових дій військ і маршрутів їх пересування. З цієї метою на даній території виявляються інфекційні хворі серед населення й епізоотії серед диких і домашніх тварин; визначаються місцеві фактори, що

можуть впливати на хід епідемічного процесу (вивчаються умови життя та побуту населення, санітарний стан території населених пунктів і помешкань, стан джерел і якість води в них, встановлюються переносники трансмісивних захворювань та ін.); оцінюється можливість місцевих органів охорони здоров'я щодо проведення необхідних протиепідемічних заходів.

2. Вивчення властивостей місцевості, що впливають на стан здоров'я і захворюваність особового складу військ. З цією метою, крім оцінки клімату, рельєфу, ґрунтового покриву, визначається наявність на території розташування військ отруйних представників рослинного і тваринного світу, з'ясовується якість води і місцевих продуктів харчування.

Виявлені осередки епідемічних захворювань, заражені ділянки місцевості, джерела водопостачання, продукти, приміщення та ін. негайно позначаються (маркуються). При можливості групи медичної розвідки повинні приступити до організації протиепідемічних заходів з метою локалізації епідемічних осередків.

3. Виявлення умов евакуації поранених та хворих і можливість здійснення маневру силами та засобами медичної служби. Для цього вивчаються шляхи й умови руху по них санітарного транспорту; встановлюються можливі об'їзди при руйнуваннях мостів і інших інженерних споруджень на дорогах; визначаються посадкові площадки (злітно-посадочні смуги) для санітарних вертольотів і літаків, місця для завантаження і розвантаження поранених (уражених) та хворих при їх евакуації водним та залізничним транспортом; намічаються ймовірні шляхи виносу в тих місцях, де не може бути використаний транспорт; визначається наявність і порядок використання місцевих транспортних засобів для евакуації поранених і хворих (автомобільний, водний і залізничний транспорт, пристосування для завантаження, вивозу поранених і хворих).

4. Виявлення умов для розгортання і роботи підрозділів, частин і закладів медичної служби. З цією метою виявляються приміщення (житлові й адміністративні будинки, школи, казарми, сховища та ін.), а також ділянки місцевості, що можуть бути використані для розгортання підрозділів, частин та закладів медичної служби. Виявляються також місцеві ресурси, що можуть бути використані додатково до штатних засобів в інтересах створення кращих умов для розміщення, обслуговування і лікування поранених і хворих (цивільні лікувальні заклади різних типів і їх персонал, підприємства з виробництва меблів, господарського інвентарю, білизни, склади цього майна та ін.).

5. Виявлення місцевих ресурсів медичного постачання. Для цього визначаються підприємства, що виготовляють медикаменти, медичну апаратуру і їх склади; підприємства хімічної та іншої галузей промисловості, продукція яких може бути використана для задоволення нагальних потреб медичного постачання; станції заготівлі крові і підприємства з виробництва кровозамінників, медичні науково-дослідні інститути та ін.

6. Визначення санітарно-епідемічного стану військ противника, системи його медичного забезпечення і стану медичної служби. З цією метою збирають дані про епідемічну захворюваність особового складу військ противника, санітарний стан території, а також перелік та зміст здійснених медичною службою санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, методи профілактики і лікування поранень та захворювань, про систему медичного забезпечення військ, розташування стаціонарних військових лікувальних закладів і медичних складів.

5.8.2. Види медичної розвідки

Відповідно до рівнів управління медичною службою Збройних Сил України доцільно виділяти медичну розвідку тактичну та оперативно-стратегічну. Медична розвідка тактичного рівня здійснюється наявними силами та засобами медичної служби в ротах, батальйонах, окремих полках, бригадах. Медична розвідка оперативно-стратегічного рівня здійснюється наявними та приданими силами та засобами медичної служби армійського корпусу, оперативного командування та вище. По своєму цільовому призначенню медична розвідка (тактичного та оперативно-стратегічного рівнів) поділяється на ряд видів. Вона може бути **медико-тактична** і **санітарно-епідеміологічна**. Частковими видами санітарно-епідеміологічної розвідки є радіаційна, хімічна та бактеріологічна розвідки (рис. 5.1).

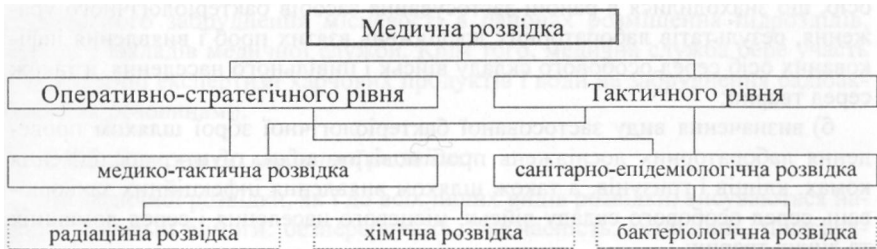


Рис. 5.1. Види медичної розвідки

Медична розвідка проводиться методом збору даних про медичну та санітарно-епідемічну обстановку по маршрутах, районах та напрямках.

Медико-тактична розвідка проводиться з метою збору даних про природні і соціально-економічні умови території, противника і його медичну службу, які мають значення для організації лікувально-евакуаційного забезпечення військ і медичного постачання (стан районів, які визначені для розгортання етапів медичної евакуації, наявність житлового фонду, стан доріг, які передбачається використовувати як шляхи для евакуації поранених (уражених) і хворих та ін.).

Санітарно-епідеміологічна розвідка спрямована на збір даних про природні і соціально-економічні умови території противника і його медичну

службу, які мають значення для організації санітарно-гігієнічних та проти-епідемічних заходів у військах. Ці відомості зокрема включають дані про санітарно-епідемічний стан місцевого населення, районів розташування і дій військ та їх тилів, санітарно-епідемічний стан військ противника та ін.

Бактеріологічна розвідка — це сукупність спеціальних заходів, що проводяться командуванням, розвідувальними підрозділами родів військ та службами з метою виявлення, збору і аналізу всіх видів інформації про наміри і дії противника щодо застосування бактеріологічної (біологічної) зброї. Ці заходи проводяться з метою: своєчасного виявлення підготовки противника до застосування бактеріологічної зброї чи здійснення акту біологічного тероризму, реєстрації факту застосування бактеріологічної зброї; визначення можливих в конкретних умовах обстановки способів застосування цієї зброї та її ймовірна ефективність; своєчасне виявлення забруднення елементами бактеріологічної зброї повітря, води, продовольства, ґрунту, фуражу і позначення ділянок зараження; визначення виду застосованої бактеріологічної зброї; здійснення санітарно-епідемічного спостереження за районом розташування і дій своїх військ.

У загальному комплексі завдань бактеріологічної розвідки на медичну службу покладається:

а) участь у визначенні меж осередків зараження на підставі даних спостережних постів і розвідувальних підрозділів всіх родів військ, опитування осіб, що знаходилися в районі застосування засобів бактеріологічного ураження, результатів лабораторних досліджень взятих проб і виявлення інфікованих осіб серед особового складу військ і цивільного населення, а також серед тварин;

б) визначення виду застосованої бактеріологічної зброї шляхом проведення лабораторних досліджень проб повітря, води, ґрунту, дослідження комах, кліщів і гризунів, а також шляхом виявлення інфекційних захворювань серед особового складу військ, місцевого населення і серед домашніх та диких тварин;

в) санітарно-епідемічне спостереження за районом розташування і дій своїх військ.

Таким чином, заходи, які проводяться медичною службою щодо здійснення бактеріологічної розвідки, складають найважливішу частину цієї розвідки; разом з тим за змістом виконуваних медичною службою завдань ці заходи є одним з розділів санітарно-епідеміологічної розвідки.

На підрозділи, частини та заклади медичної служби, як і на інші частини й заклади тилу, покладається також завдання проведення *хімічної і радіаційної розвідки* в районах свого розміщення. Ведення радіаційної та хімічної розвідки у військових частинах (об'єднаннях) покладається на війська радіаційного, хімічного та біологічного захисту.

Медичною службою радіаційна та хімічна розвідки ведуться *лише в інтересах медичної служби*, для безпосереднього забезпечення даного під-

розділу, частини чи закладу медичної служби. При цьому потрібно зазначити, що організація хімічної і радіаційної розвідки передбачається в плані заходів щодо охорони й оборони медичних підрозділів, частин та закладів. Для ведення радіаційної і хімічної розвідки медична служба не має у своєму розпорядженні штатних фахівців, проте володіє спеціально підготовленим та належно оснащеним медичним персоналом (оснащеним приладами, що дозволяють встановити рівень радіації (ДП-5В) і наявність основних отруйних речовин (ПХР МВ) на місцевості, у воді та в продуктах харчування).

Хімічна розвідка виконує ряд завдань, головними з яких є отримання даних про хімічне оснащення і стан хімічного захисту військ противника, дослідження харчових продуктів і води на забрудненість їх отруйними речовинами, виявлення районів і населених пунктів, найбільш безпечних у протихімічному відношенні для розміщення сил і засобів медичної служби, виявлення місцевих засобів, які можуть бути використані медичною службою для проведення хімічного захисту на етапах медичної евакуації.

Радіаційна розвідка є одним з найважливіших заходів у системі захисту військ від уражаючих факторів при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів (атомних електростанцій тощо) та від застосування противником ядерної зброї.

Медична служба проводить радіаційну розвідку з метою виявлення радіоактивного забруднення місцевості в районах розміщення підрозділів, частин і закладів медичної служби. Крім того, медична служба бере участь у проведенні експертизи харчових продуктів і води на забруднення радіоактивними речовинами.

5.8.3. Вимоги до медичної розвідки

До медичної розвідки, як і до всіх інших видів розвідки, висуваються наступні загальні вимоги: безперервність, своєчасність, активність, цілеспрямованість, спадкоємність і достовірність.

Медична розвідка повинна вестись безперервно. Вимога безперервності обумовлена високою мобільністю військ, постійною зміною обстановки; і тільки постійна інформованість про умови, що змінюються, у районі розміщення і бойових дій військ, існуючий санітарно-епідемічний стан військ противника дозволяє своєчасно провести заходи щодо збереження боєздатності своїх військ і ефективно організувати їх медичне забезпечення. Безперервність медичної розвідки забезпечується її проведенням у всіх видах бойової діяльності військ, у різних умовах обстановки і на будь-якій місцевості. Щоб розвідка була безперервною, її необхідно ретельно планувати. Це дає можливість цілеспрямовано об'єднати зусилля різних розвідувальних груп (окремих медичних працівників), що ведуть медичну розвідку та об'єднати їх зусилля за метою, об'єктами, завданнями, часом та змістом медичної розвідки.

Медична розвідка повинна проводитися своєчасно, для того щоб отримані дані могли бути негайно і з найбільшою ефективністю використані щодо запобігання несприятливому впливу факторів, умов зовнішнього середовища та змін обстановки на стан здоров'я особового складу, боєздатність своїх військ і для ефективної організації їх медичного забезпечення. Важливі відомості, які отримані невчасно в переважній більшості своїй не мають практичної цінності. Успішне виконання цієї вимоги досягається шляхом здійснення постійного передбачення начальником медичної служби (та органами управління медичної служби) потреби в одержанні необхідних розвідувальних даних до заздалегідь визначеного терміну і постановкою відповідно до цього завдань виконавцям, скороченням часу, який витрачається на організацію розвідки, здобування й аналіз даних розвідки. З метою своєчасного одержання необхідних даних, медичну розвідку, при можливості, необхідно здійснювати перед військами, включаючи в деяких випадках медичних фахівців (з медичної розвідки) до складу груп загальновійськової розвідки, що засилається в тил противника. Для своєчасного використання даних про територію і санітарно-епідемічний стан військ противника дуже важливо чітко організувати інформування відповідних посадових осіб про результати медичної розвідки. Начальник медичної служби частини, з'єднання і оперативного об'єднання зобов'язаний проінформувати своїх підлеглих про результати медичної розвідки, а також начальників медичної служби військових частин, які розташовані поблизу, доповідати вищестоящому начальнику медичної служби, а при необхідності командирі частини (з'єднання, об'єднання).

Дані, одержані в процесі здійснення медичної розвідки, повинні бути достовірними. Одержання недостовірних даних може ввести в оману командування військової частини (з'єднання, об'єднання) та медичної служби і привести до проведення заходів, що не відповідають реальним умовам обстановки та існуючим медичним загрозам. Достовірність даних, що отримуються в процесі здійснення медичної розвідки, забезпечується підбором і інструктажем осіб, які залучені до проведення розвідки, систематичною перевіркою відомостей, що надходять, шляхом порівняння їх з даними, отриманими з інших джерел, а також своєчасною постановкою додаткових завдань по розвідці для уточнення отриманих раніше відомостей.

Медична розвідка повинна носити спадкоємний характер, тобто відомості, які отримані в процесі медичної розвідки, повинні бути доведені до всіх медичних начальників, зацікавлених в отриманні цих даних. Спадкоємність досягається використання отриманих даних всіма медичними начальниками для оптимальної організації медичного забезпечення військ, а також нарощування даних про обстановку і виключення дублювання розвідки.

Активність медичної розвідки полягає в наполегливому прагненні всіх начальників медичної служби, а також осіб, що здійснюють розвідку, усіма силами і формами, способами та методами (з використанням відповідних

176

приладів, комплектів, лабораторій) здобути необхідні дані. Це досягається вмілою організацією використання різних розвідувальних сил і засобів, широким проявом ініціативи особами, що здійснюють медичну розвідку, яка ґрунтується на правильному та єдиному розумінні поставлених завдань і існуючої обстановки (тактичної, тилової, медичної). У сучасних умовах при великій маневреності військ, високих темпах їх просування немає можливості в короткий термін зібрати інформацію про всю територію, яка знаходиться в межах зацікавленості медичної служби. Тому медична служба повинна вести розвідку цілеспрямовано, тобто суворо підпорядкувати мету, цілі, об'єкти, завдання та заходи медичної розвідки для своєчасного та ефективного виконання поставлених перед медичною службою завдань. Це досягається правильним визначенням об'єктів, районів і завдань медичної розвідки, веденням її за єдиним планом і концентрацією головних зусиль при централізації управління медичною розвідкою і зосередженням всіх отриманих даних у начальника медичної служби (в органах управління).

Окрім цього, медична розвідка повинна бути дієвою. Інакше кажучи, особи, що здійснюють медичну розвідку, повинні не тільки виявляти необхідні дані про обстановку, але і на місці здійснювати заходи, проведення яких не може бути відстрочене до прибуття інших сил та засобів медичної служби (наприклад, локалізація виявленого епідемічного осередку).

5.8.4. Організація медичної розвідки

В залежності від конкретних умов медична служба може одержувати необхідні їй відомості різними шляхами. Основними з них варто вважати: а) вивчення топографічних карт, військово-географічних і військових медико-географічних описів; б) одержання відомостей від штабів, органів виховної роботи, хімічної, ветеринарної та ін. служб; в) збір і перевірка даних, що є в медичних працівників місцевої охорони здоров'я і населення; г) участь у допиті військовополонених, зокрема полонених медичних працівників, і вивчення документів, захоплених у противника; д) безпосереднє обстеження районів і окремих об'єктів; е) забір проб повітря, ґрунту, води, продовольства, відловлювання тварин - можливих носіїв збудників хвороб, їх переносників і наступне лабораторне дослідження, у тому числі і з метою індикації бактеріальних засобів.

Безпосереднє обстеження районів і окремих об'єктів може здійснюватись спеціально виділеною групою медичних працівників, оснащених необхідними засобами, чи особисто медичним начальником. Особисте вивчення місцевості, проведене медичним начальником для прийняття чи уточнення рішення з організації медичного забезпечення військ і розміщення підлеглих йому підрозділів, частин і закладів медичної служби, називається рекогносцировкою.

Для організації медичної розвідки начальнику медичної служби необхідно знати завдання бригади (армійського корпусу) і медичної служби, бо-

йову обстановку, а також вказівки вищестоящого начальника медичної служби.

На конкретні форми організації медичної розвідки істотний вплив здійснюють її завдання, умови обстановки, склад залучених сил і засобів, час, яким володіє медична служба для ведення медичної розвідки. Послідовність і зміст роботи начальника медичної служби по організації медичної розвідки показані на рис. 5.2.

Попередньо він вивчає необхідний район по наявним у його розпорядженні матеріалам (військові медико-географічні описи, довідкові дані, медико-географічні карти та ін. джерела, що містять необхідні медичній службі відомості про дану територію), одержує необхідну інформацію в штабі від начальника розвідки, начальників хімічної й інженерної служб та ін. На основі цього визначаються напрямки, райони, об'єкти і предмети медичної розвідки, її завдання і в подальшому приймається рішення щодо організації розвідки. У рішенні, яке оформлюється у вигляді плану медичної розвідки, визначаються: цілі, завдання медичної розвідки, склад розвідувальних груп і їх оснащення, маршрути та об'єкти розвідки, час початку і закінчення розвідки, терміни, місце і порядок представлення повідомлень (усних доповідей) про результати медичної розвідки. Отримані в результаті розвідки дані начальник медичної служби ретельно аналізує і використовує при здійсненні процесу планування організації медичного забезпечення військ.

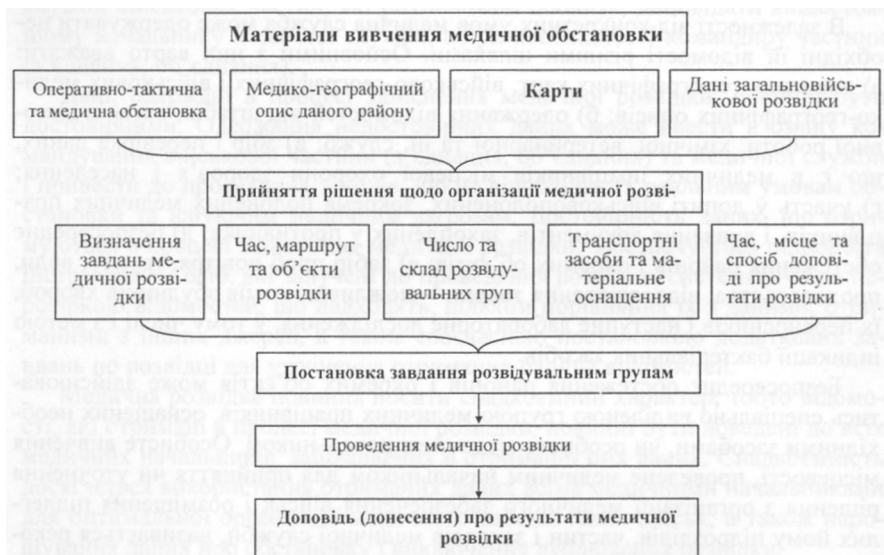


Рис. 5.2. Зміст та послідовність роботи начальника медичної служби щодо організації та проведення медичної розвідки

Після ухвалення рішення про організацію медичної розвідки розвідувальної групі ставляться завдання і виділяються необхідні засоби.

Розвідувальна група проводить медичну розвідку шляхом безпосереднього обстеження районів і окремих об'єктів, опитування місцевих жителів, одержання даних від місцевих органів влади і медичних працівників, проведення лабораторних досліджень та ін. Після закінчення медичної розвідки старший групи особисто доповідає про її результати начальнику медичної служби військової частини (з'єднання, об'єднання).

5.8.5. Організація та зміст медичної розвідки у підрозділах та частинах медичної служби Збройних Сил України

Кожний медичний начальник організує медичну розвідку на напрямку, ділянці (у смузі чи районі) дій своєї частини (з'єднання, об'єднання, закладу),

Медична розвідка ведеться всіма рівнями медичної служби - від санітарного інструктора роти до спеціальних санітарно-епідеміологічних закладів оперативного командування. Однак обсяг та зміст даних, які отримуються різними рівнями медичної служби, неоднаковий і визначається умовами діяльності даного рівня медичної служби і тих сил і засобів, якими він володіє.

При організації медичної розвідки всі начальники медичної служби, а також командир медр передбачають її проведення насамперед у районах КП і ТПУ. Санітарний інструктор роти веде медичну розвідку в районі розміщення і бойових дій особового складу роти. Головними його завданнями в цьому плані є виявлення (шляхом опитування населення) хворих з підозрою на інфекційні захворювання та можливих джерел зараження особового складу; виявлення зручних шляхів вивозу (виносу) поранених з розташування роти, а також місцевих ресурсів, необхідних йому для роботи.

Начальник медичного пункту батальйону організує і здійснює медичну розвідку по осі (напрямку) пересування МПБ у наступі та у батальйонному районі оборони, а також у місцях розміщення особового складу і у вихідному районі (районі зосередження), на марші, на привалах і в районах денного (нічного) відпочинку. Головними її завданнями є: виявлення інфекційних хворих шляхом опитування населення й огляду підозрілих на інфекційне захворювання та можливих джерел зараження особового складу; визначення санітарного стану приміщень у населених пунктах, сховищ, які залишені противником, а також джерел водопостачання; визначення шляхів вивозу поранених з поля бою і їх подальшої евакуації з району бойових дій батальйону; виявлення місць, зручних для розгортання МПБ, і місцевих ресурсів, необхідних для роботи медичної служби батальйону.

Кваліфікація й оснащення санітарного інструктора роти і фельдшера батальйону дозволяють їм давати відповіді лише на відносно прості питання

медичної розвідки. Проте ці дані, отримані від медичних працівників, що знаходяться безпосередньо в бойових порядках військ, можуть слугувати підставою для своєчасного проведення ряду важливих профілактичних заходів і зіграти істотну роль у збереженні санітарного благополуччя військ. Більш відповідальні завдання щодо проведення медичної розвідки можуть бути виконані медр механізованої (танкової) бригади, що має у своєму складі лікарів.

Начальник медичної служби бригади організує медичну розвідку в смузі наступу, зосереджуючи основні зусилля на напрямку головного удару бригади, на ділянці оборони бригади, у вихідному районі (районі зосередження), у районах привалів і денного (нічного) відпочинку на марші. Він веде розвідку особисто і залучає до її проведення одного з лікарів, а також фельдшера медр. Головними завданнями медичної розвідки, яка організується начальником медичної служби бригади, є: виявлення інфекційних хворих шляхом опитування населення (у першу чергу медичних працівників) і огляду підозрілих на інфекційні захворювання; забір проб для специфічної індикації бактеріальних засобів і доставка їх в санітарно-епідеміологічну лабораторію (загін) за зоною відповідальності; встановлення санітарного стану населених пунктів і джерел водопостачання; виявлення шляхів евакуації і наявності місцевих транспортних засобів, місць, зручних для розгортання медр, і необхідних медичній службі бригад місцевих ресурсів.

Медична служба армійського корпусу має в своєму складі підготовлений особовий склад і спеціальні засоби для здійснення кваліфікованої медичної розвідки. Зокрема ведення санітарно-епідеміологічної, бактеріологічної, радіаційної і хімічної розвідки організаційно забезпечується наявними силами та засобами санітарно-епідеміологічної лабораторії (загону) за зоною відповідальності.

При тривалому розміщенні військ на одній території збір даних про санітарно-епідемічну обстановку і їх вивчення здійснюються шляхом санітарно-епідеміологічного спостереження, яке є частковою формою санітарно-епідемічної розвідки.

Суть санітарно-епідеміологічного спостереження полягає в безупинному зборі даних про санітарно-епідеміологічну обстановку у визначеному районі і вивченні їх. Для проведення санітарно-епідеміологічного спостереження вся територія, на якій діють війська і розміщуються тили, поділяється на райони (районування території). Ці райони закріплюються за лікувальними закладами, протиепідемічними й іншими частинами й закладами медичної служби, що і ведуть санітарно-епідеміологічне спостереження. Таке спостереження дозволяє вчасно виявити застосування противником засобів бактеріологічної зброї, появу інфекційних захворювань і інші зміни в санітарно-епідемічному стані району.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Яке значення мають санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, які проводяться у військах у воєнний час ?
2. Що таке санітарно-гігієнічні заходи ?
3. Порядок проведення медичного контролю за станом здоров'я військовослужбовців.
4. Порядок організації та проведення санітарного нагляду за пересуванням і розташуванням військ.
5. Порядок організації та проведення санітарного нагляду за харчуванням військовослужбовців.
6. Санітарний нагляд за водопостачанням.
7. Санітарний нагляд за банно-пральним обслуговуванням особового складу.
8. Санітарний нагляд за умовами військової праці.
9. Санітарний нагляд за похованням померлих та загиблих військовослужбовців.
10. Оцінка санітарно-гігієнічного стану військової частини, району її дій і розміщення.
11. Зміст протиепідемічних заходів у військах.
12. Характеристика санітарно-епідемічного стану військової частини, району її дій і розміщення.
13. Організація обсервації в частині.
14. Організація карантину в частині.
15. Характеристика сил і засобів медичної служби, які використовуються для проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у військах.
16. Медична розвідка, визначення поняття.
17. Головні завдання медичної розвідки.
18. Види медичної розвідки.
19. Вимоги до медичної розвідки.
20. Організація медичної розвідки.

ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ І ТЕХНІКОЮ

6.1. Зміст, завдання і принципи медичного постачання Збройних Сил України. Постачальні органи, заклади та підрозділи медичного постачання

Зміст, завдання і принципи медичного постачання Збройних Сил України. Основу завдань медичного постачання Збройних Сил України складають заходи своєчасного і повного забезпечення медичних підрозділів, частин і закладів медичним майном і технікою, що необхідні для надання медичної допомоги військовослужбовцям, накопичення і утримання запасів, технічного забезпечення медичної техніки та обладнання.

Вказані заходи здійснюються відповідно до Керівництва з постачання медичною технікою і майном.

Відповідно до діючих принципів медичного забезпечення, постачання медичною технікою і майном медичних підрозділів, частин та закладів здійснюються за схемою: центр - територіальне оперативне командування - об'єднання - військова частина.

Успішне виконання медичною службою своїх завдань, підтримання її сил та засобів в постійній бойовій готовності залежать в значній мірі від своєчасного забезпечення військ лікарськими засобами, медичним майном і технікою. Основними завданнями медичної служби Збройних Сил України в цьому напрямку є:

- > організація і проведення комплексу заходів щодо своєчасного і повного забезпечення медичних підрозділів, частин та закладів медичним майном і технікою для надання медичної допомоги, лікування поранених і хворих, проведення профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- > накопичення запасів медичного майна та утримання їх в постійній готовності до видачі та використання за призначенням;
- > створення і підтримка умов, що забезпечують швидке переведення сил і засобів медичного постачання до готовності;
- > технічне та метрологічне забезпечення медичної техніки та обладнання, що знаходиться в експлуатації та запасах;
- > організація контрольних та економічних заходів щодо забезпечення медичним майном.

При більшому їх диференціюванні можна виділити окремі завдання, що пов'язані з визначенням потреби і витребуванням медичного майна, з організацією його отримання, відпуску, обліку, зберігання, підвозу тощо. Звичайно, що повний перелік і зміст завдань щодо забезпечення медичних підрозділів, частин і закладів медичним майном неоднаковий для мирного часу

та екстремальних ситуацій, так само, як і способи їх вирішення у різних ланках медичної служби.

Завдання можуть бути взаємопов'язаними, постійними та епізодичними, загальними і окремими для постачальних органів і фармацевтичних закладів. Ці завдання залежать від умов діяльності медичної служби та організації тилового забезпечення. Так, наприклад, в умовах надзвичайного стану або воєнного часу поряд з вказаними завданнями необхідно вирішувати проблеми підвищення життєздатності системи медичного постачання, захисту і експертизи лікарських засобів, а також виробництва і забезпечення військ медичним киснем та ін'єкційними розчинами у масовій кількості.

Форми та методи організації забезпечення медичним майном знаходяться у прямій залежності від прийнятих на даний час загальних принципів медичного забезпечення, а також від економічної спроможності країни, рівня розвитку вітчизняної фармацевтичної науки і практики.

Забезпечення медичним майном Збройних Сил України базується на сформованих організаційних принципах, що виходять з централізованого, планового, нормованого та натурального постачання.

Основу централізованого забезпечення медичним майном складає зосередження запасів медичного майна в підпорядкуванні старшого медичного начальника, розподіл і подача здійснюється за його розпорядженням.

Плановість забезпечення медичним майном характеризується встановленою періодичністю подання донесень, заявок на медичне майно і видача його відповідно до плану.

Основою натурального постачання є відпуск медичного майна в натуральних одиницях в межах норм постачання.

Норми постачання медичного майна - кількісні показники різних видів медичного майна, встановлені для медичних підрозділів, частин та закладів і розраховані на певний термін їх роботи.

Заявки на медичне майно подаються за схемою „знизу — вгору” по органам постачання, безпосереднє постачання організовується і здійснюється за зворотною схемою „зверху-вниз” по базам постачання (медичним складам аптек).

Крім того, у всі часи мав важливе значення принцип економічності і дбайливості у використанні медичного майна.

Принцип високої готовності полягає у швидкому розгортанні сил та засобів медичного постачання. Здебільшого це досягається чітким мобілізаційним плануванням і утриманням запасів медичного майна в готовності до негайного відпуску і використання за прямим призначенням. Принцип забезпечення переважно комплектами медичного майна задовольняє одні з найважливіших сучасних вимог, що висуваються до військово-медичної служби, - швидкості відмобілізування і оперативності постачання у ході бойових дій.

Не можна виключити і того, що в окремих випадках можуть бути застосовані і елементи "автономного забезпечення", наприклад, при забезпеченні

медичним майном повітряних (морських) десантів, при наданні медичної допомоги в осередках масових санітарних втрат та стихійних лих.

Постачальні органи, заклади та підрозділи медичного постачання.

Керівництво забезпеченням військ і сил флоту медичним майном покладається на постачальні органи - органи управління медичної служби, в штатах яких є функціональні підрозділи (управління, відділи, відділення), в завдання яких входить забезпечення медичним майном медичних підрозділів, частин та закладів. У Міністерстві оборони України це ДООЗ МО України, в територіальному оперативному командуванні - військово-медичні управління оперативних командувань, у видах Збройних сил - медична служба виду Збройних сил (як орган управління), в армійському корпусі — військово-медичний відділ армійського корпусу, в бригаді - медична служба бригади, в окремих частинах - медична служба окремої частини.

Основними завданнями постачальних органів є:

- > планування і визначення потреби в медичному майні на наступний період і подання відповідних заявок у вищестоящий постачальний орган;
- > організація отримання медичного майна і заготівля його на місці;
- > планування і організація видачі медичного майна в підрозділи, частини та заклади, що знаходяться на постачанні;
- > керівництво діяльністю підрозділів, частин і закладів забезпечення медичним майном;
- > ведення обліку і звітності по медичному майну;
- > контроль за правильністю витрат, експлуатації, економного і раціонального використання медичного майна;
- > визначення і створення запасів медичного майна і техніки;
- > організація збору, обліку, контролю якості і використання трофейного майна.

Постачальні органи - органи управління мають у своєму підпорядкуванні (за спеціальністю) передбачені штатами фармацевтичні підрозділи, частини і заклади забезпечення медичним майном, до яких відносяться медичні склади (центральні, оперативних командувань, гарнізонні), бази медичного майна, медичні депо, та аптеки військових частин і госпіталів.

Завданнями підрозділів, частин і закладів забезпечення медичним майном є:

- > приймання, перевірка кількості і якості медичного майна, що надходить;
- > облік і зберігання медичного майна;
- > проведення заходів по захисту медичного майна від зброї масового ураження і його спеціальна обробка за необхідності;
- > видача медичного майна підрозділам, частинам і закладам;
- > приймання з підрозділів, частин і закладів медичного майна (надлишкового, що підлягає ремонту, і трофейного).

За організацію забезпечення військ медичним майном несуть відповідальність начальники медичної служби всіх рівнів.

6.2. Медичне майно, його класифікація та характеристика за призначенням. Поняття комплексу медичного майна

Забезпечення військ медичним майном і медичною технікою організується і здійснюється з метою безперервного і повного задоволення потреб підрозділів і частин для надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікування, проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, а також заходів медичної служби по захисту особового складу від зброї масового ураження. Забезпечення військ медичним майном і медичною технікою включає в себе заходи щодо визначення потреби в них, витребування, заготівлі, підвозу, обліку, зберігання, видачі, правильній експлуатації, ремонту та списуванню.

Поняття "медичне майно" включає в себе різні матеріальні засоби, що призначенні для надання медичної допомоги, лікування та профілактики бойових уражень та захворювань, виконання різних діагностичних та допоміжних заходів. Номенклатура медичного майна різноманітна за своїм переліком та призначенням. Тому з метою організації належного обліку, зберігання, визначення потреби в медичному майні, його систематизовано (класифіковано) за відповідним принципом.

I. За функціональним призначенням медичне майно поділяється на:

- > власно медичне майно;
- > санітарно-господарське майно;
- > медичну і санітарну техніку.

Власно медичне майно представлено найбільш різноманітною номенклатурою. Для зручності обліку і постачання воно поділяється на групи:

- > лікарські засоби та бактерійні препарати;
- > перев'язувальні та шовні матеріали;
- > лікарсько-медичні предмети;
- > медичні хірургічні інструменти;
- > медичні апарати, прилади та обладнання;
- 2- аптечки та сумки;
- > медичні меблі;
- > аптечні предмети та обладнання;
- > хімічні реактиви та лабораторне майно;
- > майно для дезінфекції.

Санітарно-господарське майно - намети, халати медичні, ковдри, спальні мішки, ноші санітарні, лямки медичні носильні, лямки медичні спеціальні (Ш-4) тощо.

Медична та санітарна техніка - це пересувні рентгенівські кабінети на автомобілях (ПРК), польові медичні лабораторії на автомобілях (ПМЛ), стерилізаційно-дистиляційні установки на причепах (СДП), дезінфекційно-душові установки на автомобілях (ДДА), автоперев'язочні (АП) та ін.

II. За обліковою ознакою медичне майно поділяють на:

- > витратне;
- > інвентарне (рис. 6.1).



Рис. 6.1. Класифікація медичного майна

До витратного медичного майна відносять предмети, які витрачаються безпосередньо (одноразово) при їх використанні (лікарські засоби, перев'язувальні матеріали) або ті, що приходять в непридатний стан при від-

носно короткочасному їх застосуванні (хірургічні та ін'єкційні голки, пробірки тощо).

До інвентарного медичного майна належать предмети, які знаходяться в експлуатації протягом тривалого часу і застосовуються багаторазово (апарати, прилади, інструменти тощо). У зв'язку з цим на інвентарні предмети встановлюються відповідні терміни експлуатації. Якісний стан інвентарного майна обліковується за категоріями придатності:

I категорія — нове медичне майно, що не було в експлуатації;

II категорія — медичне майно, що знаходиться в експлуатації, вийшло з ремонту або потребує поточного ремонту;

III категорія - медичне майно, що потребує середнього ремонту;

IV категорія - медичне майно, що потребує капітального ремонту;

V категорія - медичне майно, непридатне до використання і підлягає списанню.

III. У відповідності з порядком постачання медичне майно поділяється на:

- > медичне майно спеціального призначення;
- > медичне майно загального призначення.

До медичного майна спеціального призначення належать скорочена номенклатура витратних предметів, які найбільш необхідні для надання медичної допомоги і лікування поранених та хворих на етапах медичної евакуації в ході бойових дій (антибіотики, сульфаніламіді, анальгетики, антидоти, сироватки, перев'язувальні засоби, системи для переливання крові, первинні медичні картки тощо). Номенклатура медичного майна спеціального призначення визначається ДОЗ МО України.

До медичного майна загального призначення належать витратні предмети оснащення, які необхідні для забезпечення поточних вимог медичної служби.

Медичне майно представлене комплектами, наборами, сумками, аптечками і окремими предметами.

При організації забезпечення військ медичним майном у бойовій обстановці необхідно мати на увазі, що воно може бути зіпсоване при транспортуванні; дією на медикаменти та інші предмети несприятливих метеорологічних умов і вражаючих факторів сучасної зброї (**РР**, **ОР**); а також враховувати низку додаткових труднощів, пов'язаних із характером роботи етапів медичної евакуації у польових умовах (необхідність протягом обмеженого часу згорнути та розгорнути медичні підрозділи та частини, а також у обмежений час подавати у війська необхідне медичне майно). Це потребує більшу частину медичного майна утримувати у вигляді комплектів.

Комплект медичного майна представляє собою сукупність лікарських препаратів, предметів та інших видів майна, регламентованих за складом і кількістю для надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх лікування або для оснащення функціональних підрозділів етапів медичної евакуації.

Комплекти запаковують у спеціальну тару (ящики, мішки) і маркують встановленими для кожного комплекту літерою і цифровою позначкою, які визначають його функціональне призначення.

Оскільки основу медичного майна складають комплекти, оснащення медичної служби прийнято називати комплектно-табельним.

Основою для складу (змісту) комплектів є прийняті види надання медичної допомоги і лікування або окремі її елементи, що надаються персоналом медичних підрозділів, частин та закладів.

При цьому витратне майно в комплектах (лікувальні засоби, перев'язувальні матеріали тощо) розраховане на кількість поранених та хворих або на кількість лабораторно-діагностичних досліджень.

Інвентарне майно (лікувально-медичні предмети, інструменти тощо) розраховане на кількість медичного персоналу із врахуванням його кваліфікації.

Всі комплекти медичного майна мають свої позначення.

Літерно-цифрові умовні позначення (шифри) на комплектах вказують до якої групи належать комплекти з надання медичної допомоги. Наприклад: літера "А" - позначає аптечки для надання першої медичної допомоги; літера "Б" - перев'язувальні засоби і шини; літера "В" — комплекти військові для надання першої лікарської допомоги; літера "Г" - комплекти госпітальні для надання кваліфікованої медичної допомоги; літера "У" — комплекти для надання спеціалізованої медичної допомоги; літера "Л" - комплекти лабораторні тощо.

Друга група позначень вказує на призначення комплектів: для надання медичної допомоги певним категоріям уражених (ЛУЧ, ОВ, РО-1, РО-2); для оснащення лікарських бригад спеціалізованої медичної допомоги (УН, УО, УЧ, УГ, УП, УТ тощо).

Комплектно-табельне медичне майно, що прийняте на постачання у воєнний час, може бути класифіковане за ознакою його призначення, тобто визначає використання комплектів і предметів на етапах медичної евакуації. За цією ознакою всі комплекти медичного майна поділяються на дві групи: комплекти функціонального та спеціального призначення (табл. 6.1).

Комплекти функціонального призначення використовуються для розгортання і оснащення функціональних підрозділів етапу медичної евакуації (перев'язочної, операційної, аптеки та ін.) і розраховані на визначений обсяг медичної допомоги, виконання конкретного переліку досліджень або видів робіт (В-1, В-2, В-4, Г-8 тощо). У свою чергу функціональні комплекти поділяються на комплекти для надання долікарської, першої лікарської допомоги, кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги, а також для оснащення і забезпечення роботи спеціальних кабінетів, аптек і лабораторій тощо.

У своєму складі ці комплекти містять витратне майно та інвентарні предмети.

Таблиця 6.1

Класифікація індивідуального та комплектно-табельного медичного оснащення

ІНДИВІДУАЛЬНЕ ТА ГРУПОВЕ МЕДИЧНЕ ОСНАЩЕННЯ		ГРУПОВЕ МЕДИЧНЕ ОСНАЩЕННЯ	
ІНДИВІДУАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОСНАЩЕННЯ		Аптечки АВ, АЕ, АБ-3	
АІ-1М, ППІ, ППІ-8, ППІ-9, ППІ-10, Аквасепт, Акватабс / АД, АМІ, АА, АБ-1		Сумки СС, СМВ	
КОМПЛЕКТИ МЕДИЧНОГО МАЙНА			
ФУНКЦІОНАЛЬНІ			
Для долікарської допомоги: ПФ, ДФ		Для спеціальних кабінетів: Рентгенівські ОР, АР-2, У-1	
Для першої лікарської допомоги: СЛВ, СЛА, ВБ, В-1, В-2, В-3, АП-2, ДВ, Д-1, Д-2, Д-3, Д-5, Д-14		Стоматологічні: ЗВ, ЗП, ЗТ-1, ЗТ-2, ЗТ-3	
Для кваліфікованої медичної допомоги: Г-1,2,3,4,7,8,9,10, АН, Ш-1, Г-12,13, Д-6,7,8,9,10,11,12,13, ВСП-1, ВСП-2		Для лабораторій: клінічних Л-1,Л-2; мікробіологічних ЛБ, ЛВ, ЛС, ЛП; рухомих АЛ-3, ЛМП; санітарно-гігієнічних ЛГ-1,ЛГ-2; сулово-медичних СМ-1,2,3, СХ-1,2, СК-1,2; патолого-анатомічних ПА-1,2, ПВ; фармацевтичних ЛФ-1,2	
Для спеціалізованої медичної допомоги: Г-16, Г-17, Г-21		Для станцій переливання крові: ПК-1, ПК-2	
Для спеціалізованої хірургічної допомоги: УХ-1,2,3, УО-1, УО-2, УОЩ, УП, УА, УЧ, УГ, УУ		Для аптек: В-4, Г-5, Г-6, Г-14, Г-15, ГФЛ	
Для спеціалізованої терапевтичної допомоги: УП, УТ, Г-11, Г-18, Г-19, Г-20, Г-22, ВЛК		Для дезінфекції та санобробки: В-5, СО	
Набори хірургічних інструментів: НГ, НО, НВ, НС, НЛ, НІ, НОВ, НОМ, НПБ, НПМ, НСП, НУ, НЧ, НТ, НТР			
		Комплект захисного одягу: ПЧО	
		Комплекти книг і бланків медичного обліку та звітності: БК-1, БК-2	

Комплекти спеціального призначення використовуються для оперативного забезпечення медичним майном військ, медичних підрозділів, частин і закладів під час бойових дій, а також термінової подачі майна у осередки стихійного лиха та масових санітарних втрат, містять тільки витратне медичне майно і розраховані для надання медичної допомоги визначеній кількості поранених та хворих і їх лікування (Б-1, Б-2, Б-4, РО-1, РО-2 та інші).

У комплекти медичного майна включаються в основному ті препарати, прилади і апарати, які відповідають умовам роботи у військово-польовій обстановці, володіють необхідною стійкістю при їх зберіганні і перевезеннях. При цьому також враховується можливість масового їх виробництва з вітчизняної сировини, швидкість застосування і зручність в роботі.

У мирний час в комплекти вкладають тільки ті предмети, при тривалому зберіганні яких не змінюються їх властивості або якості. Предмети, що мають обмежений термін зберігання та нестійкі препарати, вкладають у комплекти в особовий період. У воєнний час майно в комплекти вкладається повністю.

Рідкі лікарські засоби перед закладанням у комплект (сумку) розфасовують у скляні флакони різної місткості. Після заповнення флакони закупорюють герметичною гумовою пробкою і закривають кришкою, що нагвинчується. Хірургічні інструменти та інші металеві вироби перед закладанням у комплект консервують. Кожна упаковка з лікарським засобом або медичним предметом повинна мати етикетку, на якій вказується найменування предмета, рік виготовлення, серія або номер і дата аналізу, дата консервації, дата розфасування. Етикетка завіряється підписами фасувальника і контролера.

Майно групових аптечек міститься у спеціальних металевих футлярах, закріплених на борту або в кабіні бойової техніки, вміст сумок - в спеціальних сумках. Футляри і сумки розраховуються під визначений перелік майна і мають для кожного предмета відділення відповідного розміру. У сумці СМВ відділення розміщені таким чином, що при відкриванні сумки всі предмети потрапляють у поле зору.

Предмети комплекту «Польовий фельдшерський» знаходяться у спеціальній металевій скрині. При розкриванні скрині забезпечується вільний доступ до всіх предметів, що в ньому знаходяться.

Медичне майно функціональних комплектів упаковується в стандартну тару, яка призначена для тривалого використання і забезпечує збереження в ній майна від впливу клімато-географічних умов, вражаючих факторів сучасних видів зброї та під час транспортування.

Тара комплектів функціонального призначення може також використовуватись в польових умовах у вигляді польових медичних меблів для розгортання робочого місця фармацевта в аптеці, лаборанта — в лабораторії, медичного поста-у відділеннях медичної роти бригади (госпіталю).

Зовні на тарі нанесене маркування у встановленому порядку.

6.3. Медико-тактична характеристика комплектів для надання першої медичної допомоги, долікарської (фельдшерської), першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги. Медико-тактична характеристика табельного медичного майна для надання стоматологічної допомоги в частині

Медичне майно (медична техніка), що належить військовим частинам і вказується у таблиці до штату, називається табельним.

Табельне оснащення забезпечує розгортання всіх штатних функціональних підрозділів відповідних етапів медичної евакуації, виконання заходів по медичному забезпеченню особового складу і надання медичної допомоги пораненим і хворим у встановленому обсязі.

Оскільки основу табельного медичного майна складають комплекти, оснащення медичної служби прийнято називати комплектно-табельним. До його складу входять комплекти, аптечки, сумки, набори й окремі найменування медичної техніки та санітарно-господарського майна.

Комплекти медичного майна сформовані з врахуванням наступних факторів:

- > виду і обсягу медичної допомоги, що виконується на певному етапі медичної евакуації;
- > наявності на оснащенні включених до комплектів предметів і можливості їх використання в польових умовах;
- > кваліфікації та кількості медичного персоналу;
- > визначеного терміну забезпечення медичним майном для певного етапу медичної евакуації;
- > передбаченої величини та структури санітарних втрат, які можуть надійти на етап медичної евакуації.

Для надання першої медичної допомоги пораненим і хворим на полі бою, в осередках масових санітарних втрат і стихійних лих використовується індивідуальне медичне оснащення військовослужбовців та оснащення санітарного інструктора роти, санітара, водія-санітара, стрільця-санітара (групове медичне оснащення). З цією метою можуть використовуватися аптечки (індивідуальна, авіаційна, десантна), індивідуальні пакети (перев'язувальний та протихімічний), таблетки для знезараження води а також вміст сумок медичних військових та сумок санітара. У складних клімато-географічних умовах можливе використання нетабельних предметів: грілки хімічної, окулярів світлозахисних, сітки захисної, репелентів.

Медико-тактична характеристика індивідуального медичного оснащення.

Аптечка індивідуальна (AI) призначена для попередження або зниження вражаючої дії факторів сучасних видів зброї, а також для надання першої медичної допомоги при появі ознак ураження. В аптечці знаходяться лікувальні засоби, які вживаються за командою (розпорядженням) командира,

або самостійно в залежності від наявності уражень та з врахуванням конкретних обставин. Вона містить: протибольовий засіб - 0,2% розчин буторфанолу тартрат по 1 мл в шприц-тюбику, засіб для профілактики радіаційного ураження щитовидної залози радіоактивним йодом - калію йодид в таблетках по 0,25 №10, антибактеріальний засіб - норфлуксацин в таблетках по 0,2 №12, засіб для знезараження питної води - аква tabs в таблетках №10, ентеросорбент - вугілля активоване в таблетках по 0,25 №10 (2 упаковки), бинт стерильний (5 м x 10 см), пластир бактерицидний.

Пакет перев'язувальний індивідуальний (ППІ) призначений для накладання пов'язок при пораненнях та опіках з метою зупинки кровотечі та захисту ран і опіків від повторного зараження. Являє собою стерильну пов'язку, яка складається з двох ватно-марлевих подушечок розміром 17,5 x 32 см кожна і бинту шириною 10 см та довжиною 7 м, які містяться у зовнішній прогумованій обкладинці та внутрішній паперовій. При невеликих розмірах рани або незначних опіках подушечки ППІ можуть накладатися одна на одну, а при значних ранах та великих опіках - їх накладають в розгорнутому вигляді. Прогумована обкладинка пакету використовується для накладання оклюзивної пов'язки при відкритому пневмотораксі. Для закріплення бинта під час перев'язок в упаковку пакету вкладена безпечна шпилька. На поверхні прогумованої обкладинки вказано спосіб відкриття та правила користування пакетом, а також рік його виготовлення. Маса пакету - 80 г.

Індивідуальний протихімічний пакет (ППП-8) призначений для часткової санітарної обробки відкритих ділянок тіла, уражених крапельно-рідинними отруйними речовинами або бактеріальними засобами. ППП-8 містить універсальний дегазатор у скляному флаконі місткістю 200 мл та марлеві серветки. Вказана кількість дегазатора забезпечує обробку біля 1500-2000 см² відкритих ділянок тіла (обличчя, шиї, рук). Вміст пакету з інструкцією про застосування запаковано в поліетиленову обгортку. Маса пакету - 330 г.

Індивідуальний протихімічний пакет (ППП-9). Це модернізований варіант пакет ППП-8. Відрізняється від останнього тим, що універсальний дегазатор знаходиться у пластмасовому флаконі, який закрито спеціальною пробкою, що має отвори малого діаметру. Через ці отвори при надавлюванні на пробку (флакон при цьому перевертають пробкою вниз) дегазатор витікає на гумову прокладку, яка прикріплена до пробки. Гумовою прокладкою, змоченою дегазатором, проводять обробку відкритих ділянок тіла (обличчя, шиї, рук). Відсутність серветок в ППП-9 пояснюється тим, що обробка поверхні шкіри, забрудненої отруйними речовинами, за допомогою марлі сприяє зараженню через серветки і пальці рук того, хто надає допомогу потерпілому.

Індивідуальний протихімічний пакет (ППП-10). Цей варіант ППП прийнятий на забезпечення замість ППП-8 та ППП-9 в останні роки. ППП-10 при-

значений для попереднього захисту особового складу від ураження отруйними речовинами та дегазації відкритих ділянок шкіри та одягу.

Своєчасне (до зараження) нанесення рецептури на відкриті ділянки шкіри дозволяє відкласти наступну їх дегазацію на 15 хвилин після зараження.

ІПП-10 складається з алюмінієвого балончика, що містить 185 мл дегазуючої речовини і пробки-пробійника. Паке́т розрахований для проведення двох обробок при температурі зовнішнього повітря від - 20 до + 40 °С. Маса паке́т - 240 г.

Таблетки для знезараження води. У якості засобу для знезараження індивідуальних запасів води (у флягах) довгий час використовувався пантоцид, дія якого Грунтувалася на розкладі дихлорсульфоамідобензойної кислоти, яка містить по 3 мг активного хлору. Одна таблетка забезпечує знезараження однієї фляги (800 мл) води. Причому, воду для пиття можна використовувати через 30-40 хвилин після розчинення таблетки.

Останнім часом для індивідуального забезпечення військовослужбовців використовуються таблетки аквасепт та аква tabs, дія яких зумовлена натрієвою сіллю дихлорізоціанурової кислоти, що містить 4 мг активного хлору. Перевагами сполук дихлорізоціанурової кислоти є добра розчинність у воді, стабільність при зберіганні, менша токсичність, незначна залежність бактеріцидної активності від рН води.

Індивідуальне медичне оснащення при виконанні бойових завдань

Аптечка десантна (АД) призначена для надання першої медичної допомоги у вигляді само- і взаємодопомоги при пораненнях і ураженнях особового складу повітряного і морського десанту. Розрахована на одну особу. До складу аптечки входять: пантоцид по 0,0082 г в таблетках, паке́т перев'язувальний індивідуальний - 2 шт., джгут кровоспинний гумовий. Маса аптечки - 200 г.

Аптечка медична індивідуальна (АМІ) призначена для надання першої медичної допомоги військовослужбовцям у вигляді само- і взаємодопомоги в польових умовах під час виконання бойових завдань. До складу аптечки входять: лікарські препарати різних фармакологічних груп (таблетки "код терпін", сиднокарбу по 0,01г, кофеїну-бензоату натрію по 0,1г, натрію хлориду по 0,9 г, пантоциду по 0,0082 г, "пенталгін", олететрину по 0,125 г; промедол 2% по 1 мл в шприц-тюбику, розчин йоду 5%; очні краплі) та перев'язувальні засоби (лейкопластир, паке́т перев'язувальний індивідуальний). Розрахована на одну особу. Маса аптечки — 300 г.

Аптечка аварійна (АА) призначена для надання першої медичної допомоги пораненим та хворим після вимушеної посадки (приводнення). Аптечка містить лікарські засоби різних фармакологічних груп (таблетки "аскофен", кофеїну бензоату натрію по 0,1, пантоциду по 0,0082, сульфадиметоксину по 0,5, тетрацикліну гідрохлориду по 0,1, сиднокарбу по 0,01, диметкарбу, розчини аміаку 10%, йоду 5%) та паке́т перев'язувальний індивідуа-

льний. Аптечка розрахована на одного військовослужбовця Повітряних Сил (ПС) і входить до складу обов'язкового аварійного запасу (НАЗ). Маса аптечки - 240 г.

Аптечка бортова літальних апаратів (ЛБ-1) - є табельним оснащенням літальних апаратів і розрахована для надання допомоги під час польоту або вимушеного приземлення одній особі. До складу аптечки входять лікарські засоби (розчини аміаку 10%, йоду 5%, таблетки сиднокарбу по 0,01 г); перев'язувальні засоби (бинти стерильні, пакет перев'язувальний індивідуальний). Маса аптечки - 250 г.

Медико-тактична характеристика групового медичного оснащення

Аптечка військова (АВ) призначена для надання першої медичної допомоги при пораненнях та опіках екіпажу бойових і транспортних засобів на колесах та гусеничному ходу. До складу аптечки входять: лікарські засоби (розчин аміаку 10% по 1 мл, розчин диксафену по 1 мл, 5% спиртовий розчин йоду в ампулах, таблетки пантоциду по 0,0082 г.), перев'язувальні засоби (бинт марлевий стерильний, пов'язка медична мала стерильна, косинка медична) і джгут кровоспинний гумовий. Вміст аптечки розрахований для надання допомоги 3¹ пораненим та обпеченим. Розміщується аптечка в металевій коробці. Остання кріпиться на бойових і транспортних машинах на постійному місці. Маса аптечки — 2,1 кг.

Аптечка бортова літальних апаратів (АБ-3) — є табельним оснащенням літальних апаратів і розрахована для надання допомоги під час польоту або вимушеного приземлення трьом військовослужбовцям ПС. Аптечка містить лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп (таблетки "аскофен", кофеїну бензоату натрію по 0,1 г, тетрацикліну гідрохлориду по 0,1 г, пантоциду по 0,0082 г, сульфадиметоксину по 0,5 г, сиднокарбу по 0,01 г, диметкарбу, розчини аміаку 10%, йоду 5%); перев'язувальні засоби (бинти марлеві, косинки медичні, пакети перев'язувальні індивідуальні); джгут кровоспинний гумовий. Маса аптечки - 280 г.

Аптечка групи обслуговування авіаційних літальних апаратів (АЕ) призначена для надання першої медичної допомоги 5-8 пораненим та обпеченим групи обслуговування літаків (вертольотів) на літовищі. До складу аптечки входять лікарські засоби (розчини аміаку 10%, йоду 5%; таблетки пантоциду по 0,0082 г), перев'язувальні засоби (бинт марлевий стерильний, косинка медична, пакет перев'язувальний індивідуальний), джгут кровоспинний гумовий. Маса аптечки — 350 г.

Сумка санітара (СС) є табельним оснащенням санітара, санітара-носія, стріла-санітара, водія-санітара і призначена для надання першої медичної допомоги пораненим, обпеченим, ураженим іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами і бактеріальними засобами. Сумка містить лікарські засоби різних фармакотерапевтичних груп (таблетки тетрацикліну гідрохлориду по 0,1 г, цистаміну по 0,2 г, диметкарбу; розчини аміаку 10%, йоду 5% і порошок натрію гідрокарбонату), перев'язувальні засоби (бинти мар-

леві стерильні, пакети перев'язувальні, індивідуальні пов'язки медичні стерильні малі, лейкопластир, вата стерильна, косинка медична), медичні предмети (джгут кровоспинний гумовий, ножиці, ніж садовий), блокнот і олівець. Сумка розрахована для надання першої медичної допомоги 30 пораненим та ураженим. Маса сумки — 4,2 кг.

Сумка медична військова (СМВ) є табельним оснащенням санітарного інструктора та фельдшера і призначена для надання першої медичної допомоги пораненим і обпеченим, ураженим іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами, бактеріальними засобами, а також для проведення простих лікувальних заходів під час надання амбулаторної допомоги. При необхідності антидоти та інші лікарські засоби можуть бути використані для поповнення аптечок індивідуальних. До складу сумки входять лікарські засоби (розчини будаксиму 1%, промедолу 2%, аміаку 10%, антоціану 20%, йоду 5%; таблетки сиднокарбу по 0,01 г, "аскофен", диметкарбу, сульфалену по 0,1 г, тетрацикліну гідрохлориду по 0,1 г, феназепаму по 0,0005 г, цистаміну по 0,2 г), перев'язувальні засоби (бинти марлеві стерильні, вата стерильна, пакет перев'язувальний індивідуальний, пов'язка медична стерильна мала, косинка медична, лейкопластир), лікарські предмети та хірургічні інструменти (джгут кровоспинний гумовий, ножиці тупокінцеві, пінцет анатомічний, термометр медичний, трубка ТД-1, 02, ніж садовий), блокнот і олівець. Сумка розрахована для надання допомоги 30 пораненим, ураженим і хворим. Маса сумки - 3,9 кг.

Накидка медична (НМ) - призначена для індивідуального захисту поранених та хворих від несприятливих метеорологічних факторів (низька температура, опади, інтенсивна сонячна радіація тощо).

Накидка медична прийнята для забезпечення військових частин і медичних закладів на воєнний час. Являє собою плівку з напиленням алюмінію з однієї сторони. Збереження температури у поранених при загортанні в медичну накидку забезпечується за рахунок значного зменшення теплового випромінювання тіла. Використання накидки для попередження переохолодження при температурі повітря — 20 °С до 3-х годин 1—3 цикли. Маса накидки - 160 г.

Медико-тактична характеристика комплектів для надання долікарської (фельдшерської) медичної допомоги.

Комплект ПФ — фельдшерський — призначений для оснащення фельдшера з метою надання долікарської допомоги 100 пораненим і обпеченим та 50 ураженим іонізуючим випромінюванням та отруйними речовинами. В міжбойовий період вміст комплекту дозволяє надати медичну допомогу 50 хворим. Цей комплект забезпечує виконання наступних медичних заходів: тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі накладанням здавлюючої пов'язки, джгута, а в рані - при допомозі кровоспинного зажиму; протишокової терапії з використанням наркотичних анальгетиків (розчин промедолу в шприц-тюбіку) і аналептиків серцевої діяльності та дихання (ко-

рдіамін, кофеїн-бензоат натрію), адреіоміметики (сфедрину гідрохлорид в ампулах), а також застосування трубки дихальної "ТД-1,02"; антидотну терапію при ураженні отруйними речовинами та іонізуючим випромінюванням (будаксим в шприц-тюбіку, антиціан в ампулах, препарат П-6 в таблетках, цистамін в таблетках, диметкарб в таблетках, феназепам в таблетках і фіцилін в ампулах); профілактику раневої інфекції та інфекційних захворювань антибіотиками (доксциклін в капсулах, тетрациклін в таблетках) і сульфаніламідними препаратами (сульфален в таблетках); підвищення працездатності за допомогою спеціальних препаратів (сиднокарб в таблетках); обробку поверхні навколо ран і опіків антисептиками (розчин йоду в ампулах, калію перманганат, лінімент дибунолу, натрію гідрокарбонат, спирт етиловий). Для амбулаторної допомоги і лікування хворих в комплекті містяться лікарські засоби загальні (10% розчин аміаку, сульфат магнію в порошок, нітрогліцерин, "кодтерпін" в таблетках, тетрациклінова мазь). Окрім цього, в наявності є лікарсько-медичні інвентарні предмети (ніж садовий, шприци з ін'єкційними голками, термометри) і окремі витратні предмети. Комплект ПФ упакований в спеціальну скриньку. Маса комплекту - 6,6 кг.

Медико-тактична характеристика комплектів для надання першої лікарської допомоги

Комплект ВБ - амбулаторія-перев'язочна — призначений для військових частин зі штатним лікарем з метою надання першої лікарської допомоги 100 пораненим і обпеченим, 50 ураженим іонізуючим випромінюванням та отруйними речовинами. Вміст комплекту забезпечує виконання наступних заходів: тимчасову зупинку кровотечі, обробку поверхні ран антисептиками (розчин йоду, калію перманганат, спирт етиловий), накладання пов'язок, джгута, використання інструментів; протишокову терапію з використанням анальгетиків (розчини морфіну гідрохлориду та промедолу в ампулах), аналептиків серцевої діяльності та дихання (розчини кордіаміну і кофеїн-бензоату натрію в ампулах), виконання штучної вентиляції легенів за допомогою трубки дихальної "ТД-1,02"; усунення асфіксії за допомогою повітропроводу і трахеотомії; терапію при ураженнях іонізуючим випромінюванням (цистамін і диметкарб в таблетках, дикафен в шприц-тюбіку); антидотну терапію при ураженні отруйними речовинами (аміностигмін, атропіну сульфат в ампулах, будаксим в шприц-тюбіку, препарат П-6 і диметкарб в таблетках, дипіроксим в ампулах, вугілля активоване); профілактику раневої інфекції та інфекційних захворювань антибіотиками (бензилпеніциліну (калієва) натрієва сіль, тетрацикліну гідрохлорид в таблетках); зняття психічних розладів за допомогою седативних засобів (феназепам в ампулах і таблетках); підвищення розумової і фізичної діяльності психостимуляторами (беметил і сиднокарб в таблетках), загальними лікарськими засобами ("кодтерпін" в таблетках, розчин аміаку в ампулах, валідол в таблетках).

Поряд з наданням допомоги і лікуванням уражених під час бою комплект ВБ може використовуватись для лікування 50 амбулаторних хворих в міжбойовий період.

Для проведення лікувально-профілактичних заходів використовують інвентарне медичне майно (набір перев'язочний малий, дзеркала і лімки вушні та носові, прилад манометричний мембранний і стетофонендоскоп, кружка ірригаторна, стерилізатор емалевий сталевий, термометри, шприци медичні та футляри до них, примус туристський тощо). Маса комплекту - 34 кг.

Комплект В-1 - перев'язочна велика - застосовується для надання лікарської допомоги пораненим і обпеченим. Розрахований на забезпечення хірургічними інструментами і медичними предметами лікаря і двох медичних сестер, а витратним майном - на 50 поранених і обпечених. Вміст комплекту забезпечує виконання наступних заходів: хірургічну обробку ран м'яких тканин різної локалізації, тимчасову і кінцеву зупинку зовнішніх кровотеч та накладення швів і пов'язок з використанням місцевої анестезії (новокаїнові блокади, інгаляційного наркозу (трихлоретилен) та наркотичних анальгетиків (морфіну гідрохлорид); профілактику раневої інфекції антибіотиками (бензилпеніциліну натрієвої, калієвої солі, стрептоміцину сульфат) і анатоксином правцевим адсорбованим; накладання пов'язок на обпечені частини тіла з лініментами дибунолу та бальзамічного Вишневського; плевральну пункцію і торакоцентез за допомогою малого перев'язочного набору; усунення асфіксії шляхом проведення штучної вентиляції легенів (трубка дихальна ТД-1.02, апарат ДП-10.02); проведення трахеотомії; відновлення серцево-судинної діяльності і дихання (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію); катетеризацію сечового міхура і промивання шлунку (уретральні циліндричні катетери № 16 і 18, шлунковий зонд і дренажні трубки).

Хірургічна обробка ран і опіків при наданні першої лікарської допомоги забезпечується наявністю в комплекті медичних предметів, апаратів та інструментів (набори перев'язочні великий і малий, стетофонендоскоп, прилад манометричний, апарат для анальгезії портативний, стерилізатор сталевий емалевий, термометри, шприци), а також предметів догляду за хворими (сечоприймач, напувальник, пузир для льоду, спринцівки гумових, тазики ниркоподібні, примус туристичний "Джміль") і витратних матеріалів.

Вміст комплекту упаковано в дві медичні скрині. Маса комплекту - 56 кг.

Комплект АП-2 - автоперев'язочна - призначений для оснащення однопособного рухомого функціонального підрозділу. Комплект розрахований для надання першої лікарської допомоги 120 пораненим і обпеченим протягом доби і забезпечує виконання аналогічних медичних заходів, що передбачені для комплекту В-1 "Перев'язочна велика". Крім того, до комплекту додатково введені лікарські засоби (димедрол, диметкарб, промедол, аміак, адреналін гідрохлорид, поліглюкін), санітарно-господарське майно (ноші,

лямки медичні носильні, контейнер термоізоляційний, станки для розміщення поранених тощо), апарат штучної вентиляції легенів ДП-10.02 та інші медичні предмети. Збільшена наявність окремих лікарських засобів і медичних предметів, що пов'язано з наданням медичної допомоги значно більшій кількості поранених, а також автономністю роботи автоперев'язочної. Комплект упаковано у три медичні скрині. Маса комплекту - 150 кг.

Комплект В-2 - приймально-сортувальний — призначений для надання першої лікарської допомоги пораненим і хворим в приймально-сортувальному відділенні. Комплект розрахований на забезпечення медичними предметами та хірургічним інструментарієм одного лікаря і двох медичних сестер. Витратне майно дає можливість надати допомогу 50 пораненим і хворим. Вміст комплекту забезпечує виконання наступних заходів: тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі, яка не вимагає зміни пов'язки, додатковим бинтуванням або накладанням кровоспинного джгута; протишокову терапію із застосуванням наркотичних анальгетиків (промедол в ампулах), аналептиків серцевої дії та дихання (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію), адреноміметіку (ефедрину гідрохлорид в ампулах); антидотну терапію при ураженнях отруйними речовинами (будаксим в шприц-тюбіку, серцеві і дихальні аналептики) і профілактику раневої інфекції та інфекційних захворювань (тетрацикліну гідрохлорид в таблетках і анатоксин правцевий адсорбований, сироватка протиботулістична); зняття психічних розладів, судом (аміназин в таблетках); усунення асфіксії шляхом проведення штучної вентиляції легенів (трубка дихальна "ТД-1.02") або з використанням трахеотомії.

Для проведення лікувально-профілактичних заходів використовуються також різноманітні медичні інвентарні предмети (малий перев'язочний набір, прилад манометричний мембранний, стетофонендоскоп, джгути кровоспинні, зонд шлунковий, кухлик іригаторний, медичні термометри тощо), а також витратні медичні предмети.

Вміст комплекту запаковано у спеціальну медичну скриню. Маса комплекту — 43 кг.

Комплект В-3 - спеціальна допомога - призначений для надання першої лікарської допомоги 100 ураженим іонізуючим випромінюванням і 100 ураженим отруйними речовинами. Вміст комплекту забезпечує розгортання спеціальної процедурної, а також роботу лікаря і медичних сестер, що проводять інтенсивну терапію для уражених іонізуючим випромінюванням та отруйними речовинами. Забезпечує виконання наступних заходів: інтенсивну терапію для уражених іонізуючим випромінюванням (диметкарб і цистамін в таблетках, диксафен і глюкоза в ампулах) і отруйними речовинами (аміностигмін, атропіну сульфат, антиціан, натрію тіосульфат, унітіол і дипіроксим в ампулах, будаксим в шприц-тюбіку). При ураженнях задушливими ОР використовується інгаляційний антидот (фіцілін в ампулах); зняття

психічних порушень і судомного стану (феназепам в ампулах і таблетках); лікування геморагічного синдрому (амінокапронова кислота); відновлення серцево-судинної діяльності і дихання (кордіамін, кофеїну-бензоат натрію), адrenoблокатори (анаприлін), адреноміметики (ефедрину гідрохлорид в ампулах); проведення штучної вентиляції легенів (трубка дихальна "ТД-1.02").

Проведення лікувально-профілактичних заходів забезпечується наявністю в комплекті різних інвентарних медичних предметів (прибор манометричний мембранний, стетофонендоскоп, зонди шлункові, лійки, кухлик іригаторний, шприци і голки ін'єкційні, стерилізатор сталевий емалевий тощо), а також витратних медичних предметів. Комплект упаковано в скриню медичну. Маса комплекту — 37 кг.

Комплект СЛВ - сумка лікарська військова - призначений для оснащення лікаря військової частини з метою проведення невідкладних заходів першої лікарської допомоги пораненим та хворим. Використовується на марші, на місці знаходження пораненого або хворого. Даний комплект забезпечує виконання наступних заходів: антидотну терапію ураженням іонізуючим випромінюванням (диметкарб в таблетках, диксафен в шприц-тюбику) і отруйними речовинами (атропіну сульфат, антиціан і фіцілін в ампулах); тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі накладанням асептичних пов'язок і гумового джгута; обробку ран антисептиками; проведення новокаїнових блокад; протишокову терапію наркотичними анальгетиками (промедол в шприц-тюбику), аналептиками серцевої діяльності і дихання (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію), адреноміметиками (ефедрину гідрохлорид); профілактику інфекції ран антибіотиками (бензилпеніцилін, доксициклін) і сульфаніламідними засобами (сульфален в таблетках); стимулювання розумової і фізичної діяльності (сиднокарб в таблетках); зняття психічних розладів (аміназин, феназепам).

Виконання лікувально-профілактичних заходів забезпечується використанням різноманітних медичних предметів (прибор манометричний, стетофонендоскоп, термометр медичний, хірургічні інструменти, шприци), а також витратних медичних предметів і предметів догляду за хворими.

Комплект розрахований для надання допомоги 30 ураженим та хворим.

Сумка СЛВ упакована в чохол сумки ПД-2. Маса сумки - 9,1 кг.

Комплект СЛА — сумка лікаря авіаційного — призначений для оснащення лікаря авіаційної частини з метою проведення медичного контролю перед польотом, включаючи електрокардіографічні обстеження. Сумка містить медичні предмети: набір лійок вушних, дзеркало носове, молоток неврологічний, прибор манометричний, рефлектор лобний, розширювач з кремальєрою великий, стетофонендоскоп, термометр медичний, електрокардіограф "Салют", шприци і футляри для стерильного їх зберігання. Зазначене медичне майно упаковане в чохол сумки ПД-2. Маса сумки — 18,3 кг.

Медико-тактична характеристика комплектів медичного майна спеціального призначення

Комплект РО-1 — лікарські засоби для лікування поранених і обпечених (полювий) — призначений для надання першої лікарської допомоги 200 пораненим та обпеченим протягом двох діб. Містить лікарські засоби для парентерального, внутрішнього і зовнішнього використання, наркотичні анальгетики (морфіну гідрохлорид і промедол в ампулах), інгаляційний наркотичний препарат (трихлоретилен); антисептики (йод кристалічний, спирт етиловий, складові частини розчину "Первомур", мурашина кислота та пергідроль, фурацилін, бальзамічний лінімент Вишневського); аналептики серцевої дії та дихання (кордіамін, кофеїну-бензоат натрію, сульфокамфокаїн); адреноміметики (мезатон, ефедрину гідрохлорид в ампулах); психомоторні стимулятори (етимізол), кардіотонічні засоби (корглікон в ампулах); анестетик (новокаїн в ампулах); універсальний антидот (тіосульфат натрію в таблетках); противблювотний засіб (диметпрамід в ампулах); антибіотики (бензилпеніцилін, біцилін-3, стрептоміцину сульфат, доксицикліну гідрохлорид в капсулах, тетрацикліну гідрохлорид в таблетках); вітамінний препарат (аскорбінова кислота в ампулах); правцевий анатоксин адсорбований та інші загальні лікарські засоби.

До складу комплекту також входять лікарські інвентарні та витратні предмети (джгут кровоспинний, шприц, трубка дихальна "ТД-1.02", рукавички хірургічні, пристрій для переливання крові "ПК-23-01", шовк хірургічний стерильний). Вміст комплекту упаковано у спеціальну скриню. Маса комплекту - 40 кг.

Комплект РО-2 — лікарські засоби для лікування поранених та обпечених (госпітальний) - застосовується для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги обпеченим і пораненим та їх лікування. У своєму складі має засоби для парентерального, інгаляційного, внутрішнього та зовнішнього використання при обробці ран та опіків у процесі підготовки та під час оперативних втручань: наркотичні анальгетики (морфіну гідрохлорид, промедол і фентаніл в ампулах); інгаляційні наркотичні препарати (трихлоретилен, фторотан, ефір); антихолінестеразні препарати (прозерін в ампулах); холінолітик (атропіну сульфат в ампулах); аналептики серцевої дії та дихання (кордіамін, кофеїну-бензоат натрію, сульфокамфокаїн); адреноміметики (мезатон, ефедрину гідрохлорид в ампулах); психомоторні стимулятори (етимізол); кардіотонічні засоби (корглікон в ампулах); антисептики (інгредієнти для приготування 3% розчину йоду, антисептичної суміші "Первомур", спирт етиловий, фурацилін, лінімент дибунолу та бальзамічний за Вишневським); анестетик (новокаїн в порошку та ампулах); антигістамінні препарати (димедрол в таблетках та ампулах, діпразин в ампулах); транквілізатор (феназепам в таблетках); снотворний препарат (естимал в таблетках); універсальний антидот (натрію тіосульфат в ампулах); препарати для профілактики і лікування раневої інфекції (анатоксин правцевий ад-200

сорбований та сироватка протигангренозна полівалентна), ряд інших лікарських засобів загального призначення.

До складу комплекту також входять медичні витратні та інвентарні предмети (джгут кровоспинний, шприци, трубка дихальна "ТД-1,02". рукавички хірургічні, катетери підключичні та уретральні, голки ін'єкційні, системи для переливання крові, шовк та кетгут стерильні, первинні медичні картки). Комплект розрахований для надання медичної допомоги в медичній роті 200 пораненим і хворим протягом 3 діб, а у військовому польовому госпіталі - на 100 ліжок хірургічного профілю протягом 15 операційних діб або на 30 діб міжбойового періоду. Комплект упаковано в дві скрині медичні. Маса комплекту — 142 кг.

Комплект ЛУЧ - лікарські засоби для лікування уражених іонізуючим випромінюванням — призначений для надання кваліфікованої медичної допомоги та лікування 200 уражених іонізуючим випромінюванням, а у військовому польовому госпіталі - 100 уражених протягом 15 діб.

Оснoву комплекту складають засоби для парентерального внутрішнього та зовнішнього застосування: препарати для профілактики та лікування променевої хвороби (цистамін в таблетках, диксафен в ампулах); анальгетики наркотичні (морфіну гідрохлорид і промедол в ампулах); протиблювотний засіб (диметкарб в таблетках); нейролептики (аміназин в таблетках і ампулах, трифтазин в ампулах); антигістамінні та протиалергічні препарати, а також для лікувальної премедикації (димедрол в таблетках і ампулах, діпразин в ампулах); аналептики серцевої дії та дихання (кордіамін, сульфокамфокаїн, кофєїн-бензоат натрію); кардіотонічні засоби (корглікон); психомоторні стимулятори (етимізол); адреноміметики (мезатон та ефедрину гідрохлорид в ампулах); анестетик (новокаїн в ампулах); транквілізатори (феназепам в таблетках і ампулах); антигеморагічний засіб (амінокапронова кислота в порошку); препарати протиалергічної та антитоксичної дії (препарати кальцію); снотворний засіб (естимал в таблетках); антисептик (фурацилін в таблетках); гіпотензивні засоби (магнію сульфат в ампулах); гангліоблокатори (пентамін в ампулах) та інші лікарські засоби загального призначення.

До складу комплекту також входять шприци та ін'єкційні голки, первинні медичні картки. Комплект упаковано в скриню медичну. Маса комплекту - 39 кг.

Комплект Б-1 — перев'язувальні засоби стерильні - призначений для накладання пов'язок на рани та опіки при наданні долікарської, першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги. Комплект розрахований на 100 поранених і обпечених (з невеликою поверхнею опіку). Містить 230 одиниць готових перев'язувальних засобів: бинти марлеві стерильні й нестерильні довжиною 10,7 і 5 м та шириною 16,14 і 10 см; вату медичну гігроскопічну стерильну; пов'язки медичні великі та малі; подушечки ватно-марлеві великі та малі. Для накладання компресів, а також шин міститься

вата медична. Фіксація пов'язок (на голові, плечі, тулубі, тощо) та короткочасна іммобілізація кінцівок з пошкодженням кісток здійснюється за допомогою косинки медичної перев'язувальної. Наприклад, фіксація пораненої кінцівки до здорової, руки - до тулуба. Вміст комплекту упаковано у фанерну скриню. Маса - 27 кг.

Комплект Б-2 — шини — призначений для транспортної іммобілізації поранених з пошкодженнями кісток кінцівок та великих поранень м'яких тканин. Містить: шини транспортні для нижніх кінцівок Дітерихса, шини дротяні для нижніх та верхніх кінцівок, шини фанерні довжиною їм, шини (пращі) нижньощелепні для підборіддя, пов'язки для шин (для голови і підборіддя).

Комплект розрахований на 50 іммобілізацій, у тім числі при переломах стегна та голілки - 30, верхніх кінцівок - 10, при пораненнях великих суглобів та нервів - 6, великих пораненнях м'яких тканин - 10, при переломах нижньої щелепи - 2. Вміст комплекту упаковується в тюк з мішковини або з рогожі. Маса - 43 кг.

Комплект Б-3 - перев'язувальні засоби нестерильні - призначений для забезпечення перев'язувальними засобами лікувальних закладів при наданні кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги. Містить нестерильні перев'язувальні матеріали: алігнін, бинти нестерильні довжиною 10, 7 та 5 м і шириною 16,14,10 см, вату гігроскопічну хірургічну та для компресів, марлю медичну гігроскопічну.

Із нестерильних матеріалів комплекту (марлі, бинтів) завчасно готуються та стерилізуються серветки, тампони, кульки та інші засоби, що необхідні для хірургічної обробки ран і опіків в операційній та перев'язочній лікувальних закладів. Алігнін та вата для компресів використовуються при накладанні шин для іммобілізації ран кінцівок з пошкодженням кісток, бинти нестерильні - для підбинтовування пов'язок та фіксації шин.

Кількість перев'язувальних засобів розрахована на 100 поранених. Вміст комплекту упаковується у фанерну скриню. Маса - 28 кг.

Комплект Б-4 — перев'язувальні засоби для обпечених стерильні - призначений для накладання пов'язок на великі за площею опіки при наданні першої лікарської, кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги обпеченим. Комплект розрахований на 100 обпечених. У комплекті містяться марлеві стерильні бинти довжиною 7 м і шириною 14 см, стрічка ватно-марлева довжиною 2 м і шириною 29 см, пов'язки медичні великі стерильні, пов'язки фіксуючі контурні для кінцівок (великі, середні, малі) та для тулуба, подушечки ватно-марлеві стерильні великі та малі. Вміст комплекту упаковано у фанерну скриню. Маса - 27 кг.

Комплект БГ - бинти гіпсові - призначений для накладання гіпсових пов'язок при наданні кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим і обпеченим. Містить бинти гіпсові, які не осипаються, наступних розмірів: довжиною 3 м та шириною 10, 15 і 20 см.

Всього в комплекті 125 гіпсових бинтів. Розрахований на 12 типових гіпсових пов'язок.

Найважливішим призначенням гіпсових бинтів є лікувальна іммобілізація. Ці бинти також використовуються для фіксації шин при транспортній іммобілізації шляхом накладання кілець з гіпсових бинтів на шини. Перед застосуванням бинти змочуються водою. Вміст комплекту упаковується в картонну коробку. Маса - 52 кг.

Комплект АНТ — антибіотики — призначений для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги та лікування поранених і хворих.

Вміст комплекту забезпечує профілактику і лікування раневої інфекції та інфекційних захворювань, а також особливо небезпечних інфекцій. Містить 780,75 мільйонів ОД антибіотиків, в тому числі: 7 назв антибіотиків для парентерального вживання у кількості 434,5 млн ОД (ампіциліну натрієва сіль, бензилпеніцилін, біцилін-3, гентаміцину і канаміцину сульфат, оксациліну натрієва сіль, стрептоміцину сульфат); 5 назв антибіотиків для прийому всередину в кількості 346,25 млн ОД (доксикакліну гідрохлорид в капсулах, рифампіцин в капсулах, лівоміцетин, ністатин і тетрацикліну гідрохлорид у таблетках).

Розчинники для ін'єкційних антибіотиків (при їх відсутності в комплекті з препаратами) відпускаються аптекою за вимогою медичних відділень медичної роти і військових польових госпіталів.

Комплект розрахований для надання допомоги 500 пораненим і хворим протягом 3 діб в медичній роті бригади. У військовому польовому госпіталі — на 100 поранених і хворих протягом 15 діб.

Вміст комплекту упаковано у спеціальну скриню. Маса - 23 кг.

Комплект ОВ - лікарські засоби для лікування уражених отруйними речовинами — призначений для проведення антидотної терапії в медичній роті та військових польових госпіталях.

Комплект містить лікарські засоби для парентерального, внутрішнього та зовнішнього призначення: холінолітики (атропіну сульфат в ампулах); антидоти при отруєнні ФОР (будаксим у шприц-тюбіку), уражених ціанідами (антиціан в ампулах), ОР типу іприт, люїзит (унітіол в ампулах), типу фосген, дифосген (фіцилін в ампулах), інгібітори холієстерази (аміностигмін в ампулах); препарати седативної та протисудомної дії (феназепам в таблетках і ампулах, трифтазин в ампулах); реактиватор холієстерази (дипіроксим в ампулах); протиблювотний засіб (диметкарб в таблетках та диметпрамід в ампулах); антигістамінні та протиалергічні препарати (димедрол в таблетках і ампулах, дипіразин в ампулах); засоби протиалергічної та антигтоксичної дії (препарати кальцію); дезінтоксикуючі засоби (тіосульфат натрію в ампулах, глюкоза в порошку та в ампулах); антикоагулянт (гепарин у флаконах); аналептики та психомоторні стимулятори (кордіамін, ети-

мізол в ампулах); кардіотонічні засоби (корглікон), адреноміметики (мезатон, ефедрину гідро-хлорид).

Розрахований на 180 уражених ФОР, психохімічними ОР та V-газами, 10 - стійкими ОР та 10 уражених ціанідами. Вміст комплекту упаковано в спеціальну медичну скриню. Маса - 82 кг.

Медико-тактична характеристика табельного медичного майна для надання стоматологічної допомоги у частині.

Комплект ЗВ — стоматологічний — призначений для надання стоматологічної допомоги. Витратне майно комплекту розраховане для роботи одного лікаря-стоматолога протягом одного місяця роботи (250 відвідувань хворих).

До складу комплекту входять: лікарські засоби і реактиви: місцеві анестетики (дикаїн, новокаїн); засоби для обробки пульпи (миш'яковий ангідрид); антисептики (йодоформ, тимол, спирт етиловий); розчинники (масло вазелінове, гліцерин, фенол); перев'язувальні засоби і шовний матеріал (кетгут полірований, шовк хірургічний калібрований, лейкопластир); витратні медичні предмети (голки ін'єкційні, хірургічні); інвентарні медичні предмети (долота, жажим, голкотримач, молоток хірургічний, ножиці, пінцети, скальпелі); інструменти та матеріали для стоматології (голівки алмазні стоматологічні, дентин-паста, дрільбори, пульпоекстрактори, цементи); апаратура та інструменти стоматологічні (діатермокоагулятор "ДКС-2М", дзеркало стоматологічне, зонди зубні, набори інструментів для ендодонції, набори інструментів для зняття зубних відкладень, набори інструментів для пломбування зубів); обладнання для стерилізації (кип'ятильник, коробка стерилізаційна). Комплект упаковано в спеціальну медичну скриню. Маса комплекту — 48 кг.

Медико-тактична характеристика комплектів медичного майна для надання кваліфікованої медичної допомоги

Комплекти Г-1, Г-2, Г-3, Г-4 - лікарські засоби загальні, терапевтичні, неврологічні та хірургічні. Відповідно призначені для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим (хворим) та їх лікування.

Вміст цих комплектів є запасом лікарських засобів аптеки медичної роти бригади та військового польового пересувного госпіталю. У цих комплектах містяться як готові лікарські засоби, так і ті, які готуються в умовах аптеки. Розгортання робочих місць для приготування лікарських засобів в аптеках забезпечується наявністю спеціальних медичних скринь, що є транспортною тарою, комплектів Г-1 і Г-4 в комбінації з комплектами Г-5 та Г-6. Вони дозволяють розгорнути робоче місце (асистентський стіл) для одного фармацевта.

Комплект Г-1 - лікарські засоби загальні - призначений для забезпечення лікарськими засобами загального призначення, які необхідні для надання кваліфікованої медичної допомоги і лікування хворих терапевтичного

профілю та поранених із захворюваннями внутрішніх органів, у тому числі й уражених іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами і бактеріологічною (біологічною) зброєю.

У комплекті міститься широкий асортимент лікарських засобів для парентерального, внутрішнього та зовнішнього вживання: анальгетики наркотичні та ненаркотичні (розчини морфіну, омнопону, промедолу і анальгіну в ампулах); аналептики (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію в порошок та ампулах); кардіотонічні (корглікон в ампулах); антиангінальні (нітрогліцерин в таблетках); місцеві анестетики (анестезин, ментол, новокаїн і тримекаїн в порошок); антисептики (діамантова зелень, йод кристалічний, перманганат калію, фурацилін, перекис водню тощо); холінолітики (атропіну сульфат в порошок та ампулах); адреноміметики (ефедрину гідрохлорид, адреналіну гідрохлорид в ампулах); седативні та снодійні засоби (натрію бромід в порошок, фенобарбітал в таблетках); антигістамінні препарати (димедрол в таблетках); послаблюючий засіб (магнію сульфат); антигельмінтні (піперазину адіпінат в таблетках); дегідратаційні (циклометіазид в таблетках); вітамінні (аскорбінова кислота, ціанокобаламін, нікотинова кислота і тіаміну бромід в ампулах, вікасол та фолієва кислота в таблетках, драже "Гексавіт") та інші препарати загальної дії.

При спільному використанні із вмістом комплектів АНТ - антибіотики, РО-2 - лікарські засоби для лікування поранених та обпечених (госпітальний), комплект Г-1 розрахований на надання кваліфікованої медичної допомоги в медичній роті бригади 500 пораненим і хворим протягом 5 діб або на 300 змішаних ліжок військового польового пересувного госпіталю протягом 15 діб.

Вміст комплекту упаковано у дві спеціальні медичні скрині. Маса - 79 кг.

Комплект Г-2 — лікарські засоби терапевтичні - призначений для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги та лікування терапевтичних хворих і поранених із захворюваннями внутрішніх органів, у тому числі уражених іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами і бактеріологічною зброєю.

До складу комплекту Г-2 входять лікарські засоби, що відсутні в комплекті Г-1, а також препарати, кількість яких в комплекті Г-1 недостатня для лікування хворих терапевтичного профілю. У відповідності з цим комплект Г-2 містить лікарські засоби для парентерального і внутрішнього використання: міотропні спазмолітики і судинорозширюючі (папаверину гідрохлорид у порошок, дібазол в ампулах); антиаритмічний препарат (новокаїнамід в ампулах); протизапальні та жарознижуючі (бутадіон і ацетилсаліцилова кислота в таблетках); бронхолітик з сечогінним ефектом при застійних явищах серцевого і ниркового походження (теофедрин в таблетках); аналептики серцевої діяльності і дихання (кордіамін, сульфокамфокаїн); стимулятори ЦНС (етімізол); адреноміметики (мезатон, ефедрин в ампу-

лах); антиангінальні (нітрогліцерин в таблетках); гіпотензивний засіб для парентерального вживання (магnezія сірчанокисла в ампулах); вітамінні препарати (розчини нікотинової кислоти і тіаміну броміду в ампулах, вікасол в таблетках, тощо); протимікробні та протизапальні (фуразолідон в таблетках); жовчогінні (алохол в таблетках) та інші лікарські засоби загального призначення.

Комплект розрахований при спільному використанні з комплектом Г-1 в медичній роті бригади на 500 терапевтичних хворих протягом 5 діб, у військових польових госпіталах для терапевтичних (на 200 ліжок) та інфекційних (на 100 ліжок) протягом 15 діб. Вміст комплекту упаковано в спеціальну медичну скриню. Маса - 26 кг.

Комплект Г-3 — лікарські засоби неврологічні - призначений для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги та лікування хворих неврологічного профілю, у тому числі й уражених отруйними речовинами та іонізуючим випромінюванням.

До складу комплекту Г-3 входять лікарські засоби, які відсутні в комплекті Г-1, а також препарати, кількісний вміст яких в комплекті Г-1 недостатній для лікування хворих неврологічного профілю. Комплект Г-3 містить лікарські засоби для парентерального та внутрішнього використання: антихолінергетичної дії (аміностигмін в ампулах, прозерин); холінолітичної дії (циклодол в таблетках); нейролептики (аміназин в драже і трифтазин в таблетках); антигістамінний препарат (димедрол в таблетках).

Розрахований при спільному використанні з комплектом Г-1 в медичній роті бригади на 500 хворих психоневрологічного профілю, у військовому польовому госпіталі - на 200 ліжок неврологічного профілю протягом 15 діб.

Вміст комплекту упаковано в спеціальну скриню. Маса — 37 кг.

Комплект Г-4 - лікарські засоби хірургічні - призначений для надання кваліфікованої хірургічної допомоги та лікування поранених і обпечених. Містить лікарські засоби для парентерального, інгаляційного, внутрішнього і зовнішнього застосування: міорелаксанти деполаризаційної (діплацину дигідрохлорид в ампулах) та антихолінергетичної дії (прозерин в ампулах); наркотичні анальгетики (морфін гідрохлорид, промедол та омнопон в ампулах); антисептики (йод кристалічний, інгредієнти "Первомуру"); антикоагулянт прямої дії (гепарин у флаконах); місцеві анестезуючі препарати (порошок і розчини новокаїну в ампулах, тримекаїн у порошок); засоби для інгаляційного наркозу (фторотан та ефір); аналептики серцевої дії та дихання (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію і сульфокамфокаїн в ампулах); для профілактики раневої інфекції (анатоксин правцевий адсорбований), а також інші лікарські засоби загального призначення.

Розрахований при сумісному використанні з комплектом Г-1 в медичній роті бригади на 500 поранених та обпечених на 5 діб, у військовому польовому госпіталі на 200 ліжок на 15 діб.

Вміст комплекту упаковано у дві спеціальні скрині. Маса - 84 кг.

Комплект Г-7 — мала операційна - призначений для виконання невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги переважно пораненим у кінцівки з пошкодженням кісток, а також надання відповідної допомоги обпеченим.

Вміст комплекту забезпечує виконання наступних втручань:

- > кінцеву зупинку зовнішньої кровотечі;
- > хірургічну обробку ран м'яких тканин різної локалізації;
- > хірургічну обробку ран кінцівок з пошкодженням кісток;
- > ампутацію кінцівки на будь-якому рівні;
- > переливання крові та внутрішньовенне введення кровозамінних рідин;
- > проведення новокаїнових блокад і введення знеболюючих засобів;
- > виконання трахеотомії і прошивання язика з метою усунення асфіксії;
- > туалет опіків і ран, які не підлягають хірургічній обробці.

Комплект містить медичні інвентарні предмети, у тому числі набір операційний малий, прибор манометричний мембранний, стетофонендоскоп, стерилізатор сталевий емальований з кришкою, шприци, джгут кровоспинний, машинку для підстригання волосся тощо.

Для проведення вищевказаних заходів використовується також шовний матеріал (стерильний кетгут, шовк), голки ін'єкційні, клейонка підкладна і ряд інших витратних медичних предметів.

Комплект розрахований для забезпечення автономної роботи однієї хірургічної бригади, головним чином при обробці різних ран і опіків.

Вміст комплекту упаковано в одну скриню. Маса — 34 кг.

Комплект Г-8 - велика операційна — призначений для виконання всіх заходів по наданню пораненим та обпеченим кваліфікованої хірургічної допомоги у повному обсязі. Забезпечує виконання наступних заходів:

- > кінцеву зупинку зовнішньої і внутрішньої кровотечі;
- > декомпресійну трепанацію черепа;
- > лімінектомію, трахеотомію, торакотомію і лапаротомію;
- > ушивання рани при відкритому пневмотораксі;
- > виконання операцій при пошкодженнях сечового міхура і позабрюшинної частини прямої кишки;
- > ампутацію кінцівок на будь-якому рівні.

Для проведення вищевказаних хірургічних заходів в комплекті містяться медичні інвентарні предмети, в тому числі хірургічний інструментарій у великому та малому операційних наборах, прибор манометричний мембранний, стетофонендоскоп, рефлектор лобний "РМО-2", настільна електрична лампа з трансформатором, небезпечні бритви, джуги кровоспинні, шприци та голки ін'єкційні, тази ниркоподібні сталеві емальовані, стерилізатори сталеві емальовані з кришкою, машинки для підстригання волосся і ряд інших санітарно-господарських предметів.

Комплект розрахований для забезпечення роботи одночасно двох хірургічних бригад.

Вміст комплекту упаковано в дві медичні скрині. Маса - 88 кг.

Комплект Г-9 - операційний матеріал — призначений для забезпечення операційно-перев'язочного відділення медичної роти бригади і військового польового госпіталю лікарськими засобами, шовним матеріалом та іншими витратними медичними предметами.

У комплекті містяться наступні лікарські засоби: наркотичні анальгетики (морфіну гідрохлорид і промедол в ампулах); антисептики (калію перманганат, складові частини розчину "Первомур"); аналептики (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію, сульфокамфокаїн в ампулах); адреноміетики (мезатон); антигістамінний препарат (димедрол в ампулах); засоби, які впливають на тканинний обмін (хлорид натрію для приготування фізіологічного розчину) і ряд інших лікарських засобів загального призначення. Окрім того, до складу комплекту входять витратні медичні предмети, шовний матеріал (стерильний кетгут і шовк), голки ін'єкційні, голка лікарська діагностична кістковомозкова, катетери уретральні, клейонка підкладна гумовотканинна, скальпелі анатомічні та хірургічні, системи для переливання крові і кровозамінних рідин тощо.

Комплект розрахований на виконання ста операцій.

Вміст комплекту упаковано в спеціальну скриню. Маса — 26 кг.

Комплект Г-10 — операційні предмети — призначений для забезпечення операційно-перев'язочного відділення медичної роти бригади і військових польових госпіталів медичними предметами для підготовки пораненого до операції.

У комплекті є: шприци та голки ін'єкційні, голки трубчаті для спинно-мозкової пункції, клейонка підкладна, системи для переливання крові, джуги кровоспинні, уретральні катетери, ножиці для підстригання волосся і зняття пов'язок, поїльники емальовані, камінь для загострення інструментів, підставка настільна для операційної, примус та інші медичні і санітарно-господарчі предмети.

Вміст комплекту упаковано в спеціальну скриню. Маса — 25 кг.

Комплект Г-12 - палатний - призначений для оснащення медичного поста госпітального відділення медичної роти бригади та відділень військових польових госпіталів медичними предметами для обстеження та лікування поранених і хворих.

Комплект містить наступні предмети для роботи лікаря: молоток неврологічний, стетофонендоскоп, прибор манометричний мембранний, шпатель для язика, тощо.

Для роботи медичної сестри в комплекті передбачено: пляшки для відсмоктування крові, шприци та голки ін'єкційні, голки для взяття і переливання крові, уретральні катетери, клейонка підкладна, наконечники клістирні, скальпелі, стаканчики для приймання ліків, грілки гумові, зонди шлун-

кові, кухлики іригаторні, машинки для підстригання волосся, ножиці з одним гострим кінцем і тупокінцеві, поїльники емальовані, міхури для льоду, термометри, тази ниркоподібні, кип'ятильник дезінфекційний, стерилізатори емальовані, примус та інше медичне і санітарно-господарче майно, яке необхідне для виконання призначень лікаря.

Наявність у комплекті трубок для переливання крові при наявності приладів для взяття крові "ПК-2301" дозволяє застосовувати інфузійну терапію глюкозо-сольовими розчинами та забезпечує введення свіжої крові.

Вміст комплекту упаковано в спеціальну скриню. Маса - 52 кг.

Комплект Г-13 — предмети догляду — призначений для забезпечення лікувальних відділень медичної роти бригади і військових польових госпіталів предметами догляду за пораненими і хворими. Містить підкладні судна, сечоприймачі, плювальниці кишенькові та емальовані відра.

Комплект розрахований на обслуговування 50 змішаних або 25 інфекційних ліжок. Вміст комплекту упаковано в скриню. Маса - 49 кг.

Комплект АН — анестезіологічний — призначений для проведення загальної анестезії та інтенсивної терапії пораненим, обпеченим і хворим при наданні кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги. Вказані заходи виконуються за допомогою медичних апаратів та інструментів (апарат інгаляційного наркозу "Наркон-2", прибор манометричний мембранний, стетофонендоскоп, роторозширювач, язикотримач, таз ниркоподібний, шприци, голки ін'єкційні та для переливання крові, повітропроводи ротові, катетери внутрішньовенні пластмасові та ендотрахеальні полімерні, трубки інтубаційні, провідники мандренів тощо); лікарські засоби для інгаляційного та неінгаляційного наркозу (фторотан, ефір, трихлоретилен, гексенал); наркотичні анальгетики (морфіну гідрохлорид, промедол та фентаніл в ампулах); антигістамінні препарати (розчин димедролу в ампулах); аналептики серцево-судинної дії та дихання (кордіамін та кофеїн-бензоат натрію в ампулах); адреномітики (адреналіну гідрохлорид в ампулах); деполіаризуючий м'язовий релаксант (диплацину гідрохлорид в ампулах); холінолітики (атропіну сульфат в ампулах); антихолінергічні препарати (прозерин в ампулах); гормональний препарат (гідрокортизону гемісукцинат в ампулах); гангліоблокатори (пентамін в ампулах), а також інші загальні лікувальні засоби і санітарно-господарчі предмети.

Комплект забезпечує інвентарними предметами одну бригаду в складі лікаря-анестезіолога та двох медичних сестер-анестезисток. Ця бригада може обслуговувати дві хірургічні бригади. Витратне медичне майно розраховане для надання допомоги 30 пораненим та хворим.

Для проведення анестезіологічних заходів лікарське майно з комплектів Г-4 (лікарські засоби хірургічні) та РО-2 (засоби для лікування поранених та обпечених (госпітальний) анестезіологічна бригада отримує з аптеки.

Вміст комплекту упаковано у дві скрині. Маса - 89 кг.

Комплект Ш-1 — протишоковий - призначений для проведення інтенсивної терапії та виведення зі стану шоку при наданні кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги пораненим, обпеченим і хворим.

Основу заходів інтенсивної терапії складає трансфузійна та оксигенотерапія, що здійснюється в трьох основних напрямках:

а) відновлення об'єму циркулюючої крові шляхом інфузії кровозамінних рідин, переливання крові та плазми;

б) усунення порушень дихання шляхом відсмоктування мокротиння та крові з дихальних шляхів, введення повітропроводів, інтубація трахеї або трахеотомія, киснева терапія, штучна вентиляція легенів;

в) усунення больової імпульсації, емоційних напружень та стресових реакцій, знеболення анальгетиками, новокаїнові блокади, інгаляція окремими загальними анестетиками (закис азоту, трихлоретилен), седативна терапія із застосуванням всіх доступних засобів (аміназин в ампулах тощо).

Виконання вищевказаних заходів забезпечується медичними апаратами та інструментами, що є в комплекті, зокрема: прибор манометричний мембранний, стетофонендоскоп, апарат для анальгезії "Грингал", редуктор кисневий, набір для венесекції, інструменти для трахеотомії, грілки гумові, джуги кровоспинні, шприци, голки ін'єкційні, а також голки для взяття та переливання крові, повітропроводи ротові, катетери (внутрішньовенні, пластмасові, для перидуральної анестезії, підключичні, уретральні циліндричні та ендотрахеальні), системи для переливання крові тощо.

Окрім цього, в комплекті знаходяться препарати, які необхідні для проведення протишових заходів, у тому числі: наркотичні анальгетики (морфіну гідрохлорид та промедол в ампулах), аналептики серцево-судинної дії та дихання (кордіамін), адреноміметики (мезатон, норадреналіну гідрохлорид та ефедрину гідрохлорид в ампулах), гормональний препарат (гідрокортизону гемісукцинат в ампулах) та інші лікувальні засоби.

Комплект розрахований для проведення протишових заходів 25 пораненим та обпеченим. Вміст комплекту упаковано у дві спеціальні скрині. Маса - 83 кг.

Медико-тактична характеристика комплектів медичного майна для клінічних лабораторій, санітарно-епідеміологічних закладів та установ заготівлі крові.

Комплект Л-1 — лабораторія клінічна військова - використовується для клінічних досліджень крові, сечі та калу за скороченою схемою. Кількість витратного медичного майна розрахована на роботу одного лаборанта протягом одного місяця.

Вміст комплекту:

- > реактиви хімічні - срібло азотнокисле, 25% розчин аміаку, йод кристалічний, йодистий калій, хлорид натрію, пергідроль, спирт етиловий, тальк, ефір медичний;

- > індикатори - азуреозин Романовського, амоній шавлевокислий, сірчано-кисла мідь, гідрокарбонат натрію, сірчана кислота, соляна кислота (міцна технічна), трихлороцтова кислота;
- > папір індикаторний та реактивний, фільтри — папір лакмусовий (червоний, синій, універсальний), фільтр беззолний (біла стрічка діаметром 7 см), папір парафінований;
- > стандарт-титри - азотнокисле срібло, соляна кислота;
- > «єдичні витратні предмети — очна піпетка, трубка із силіконової гуми, шітка для миття рук;
- > лабораторний посуд витратний - балони для краплерахувачів (набір), тримач для пробірок, йорж для миття пробірок, голки-скарифікатори, крапельниця для багаторазового дозування, олівці воскові для писання по склу, мірні колби, палички скляні легкоплавкі, піпетки Панченкова, різнодозові піпетки, піпетки для еритрогеметра, пробірки (для аглютинації, серологічні, хімічні, центрифужні градуйовані та неградуйовані), сітка азбестова, змішувачі для кров'яних кульок (меланжері), склянки різного вмісту, скельця для розрахункових камер, скельця покривні для мікропрепаратів, скельця предметні прості та шліфовані, скляна трубка діаметром 3—4 мм, вимірювальні циліндри різного вмісту, чашки Петрі;
- > аптечні предмети витратні — фільтрувальний папір, флакони різного вмісту з притертими пробками та пластмасовими кришками. Лікарські інструменти: ножиці, пінцет, стерилізатор;
- > обладнання для лабораторій - гемометр, ванночка для фарбування крові, камера Горяєва, мікроскоп, освітлювач для мікроскопа, рефрактометр, секундомір, спиртівка, лічильник лабораторний для підрахунку різних видів клітин крові, термометр лабораторний, урометр, ручна центрифуга, набір штативів, ваги з набором важків, ступка з пестиком, шпатель, емальовані каструлі, електроплитка;
- > книги та бланки медичного обліку і звітності: книга реєстрації лабораторних досліджень (ф. 18), бланки лабораторних аналізів крові, сечі та екскрементів. Вміст комплекту упаковано у спеціальну медичну скриню. Маса — 35 кг.

Комплект Л-2 — лабораторія клінічна госпітальна — використовується для клінічних досліджень за повною схемою (включаючи біохімічні). Комплект розрахований для роботи двох лікарів-лаборантів і трьох фельдшерів-лаборантів протягом одного місяця.

Вміст комплекту:

- У лікарські засоби списку А - прозерин, азотнокисле срібло;
- > лікарські засоби загальні - аміак, ацетилхолін, гістамін, гліцерин, глюкоза тощо;
- хімічні реактиви та індикатори - папір лакмусовий (синій, червоний), папір універсальний, беззолні фільтри (біла, червона і синя стрічки);

- > стандарт-титри - азотнокисле срібло, соляна кислота;
- > лабораторний посуд - бюретки, лійки, колби, склянки, пробірки, чашки тощо;
- > книги та бланки медичного обліку і звітності - книга реєстрації лабораторних досліджень, бланки лабораторних аналізів.

Комплект упаковано в три медичні скрині. Маса - 136 кг.

Медико-тактична характеристика комплектів медичного майна для аптек і медичних складів.

Комплект В-4 — аптека медичного пункту військової частини - призначений для оснащення аптеки медичного пункту окремого полку.

У комплекті є широкий асортимент лікарських засобів: наркотичні анальгетики (промедол в ампулах і таблетках, "кодтерпін" в таблетках); ненаркотичні анальгетики (аскофен в таблетках); холінолітик (атропіну сульфат в ампулах); анестетики (анестезин в порошку, новокаїн в порошку і ампулах, хлоретил в ампулах); реактиватор холінестерази (дипіроксим в ампулах); радіопротектори (цистамін в таблетках); протиблювотний засіб (диксафен в ампулах, диметкарб в таблетках); антидоти (натрію тіосульфат і унітіол в ампулах, препарат П-6 в таблетках); антибіотики (бензилпеніциліну (калієва) натрієва сіль і стрептоміцину сульфат для ін'єкцій, доксицикліну і тетрацикліну гідрохлорид в капсулах і таблетках); антисептики (розчин йоду, калію перманганат, спирт етиловий); аналептики серцево-судинної дії та дихання (кордіамін, кофеїн-бензоат натрію, сульфокамфокаїн в ампулах, нітроглицерин в таблетках); препарати седативної і протисудомної дії (феназепам та димедрол в таблетках); діуретик (циклометіазид в таблетках) та інші лікарські засоби загального призначення.

Для виготовлення лікарських форм і відповідного їх оформлення в комплекті є аптечні витратні предмети (лійки, посуд, шітки для миття посуду, вагомірні прилади, фарфорова ступка, шпатель аптечний), примус туристичний, книжки та бланки медичного обліку і звітності, керівні документи для військових аптек.

Запас лікарських засобів розрахований для надання допомоги 100 пораненим і хворим та 50 ураженим іонізуючим випромінюванням і отруйними речовинами. Вміст комплекту дозволяє в міжбойовий період надавати амбулаторну допомогу хворим протягом одного місяця. Вміст комплекту упаковано у дві спеціальні скрині, які забезпечують розгортання робочого місця для виготовлення і відпуску ліків. Маса комплекту - 95 кг.

Комплект Г-5 - аптека-асистентська - призначений для виготовлення лікарських форм в аптеках медичної роти бригади і військових польових госпіталів.

Для забезпечення роботи по виготовленню лікарських форм у комплекті міститься наступне майно: медичні предмети витратні (клеюнка підкладна гумовотканинна, шітки медичні); лабораторний посуд (циліндри і мензурки); аптечні предмети (банки, пляшки, пакети і капсули для порошоків із па-

рафінованого паперу, пробки, етикетки для оформлення ліків); апарати, прилади та обладнання для аптек (спиртомір, термометр, ступки фарфорові, аптечні шпатель, ваги з важками); санітарно-господарське майно (каструлі сталеві емальовані, ніж складний, плитка електрична, мило туалетне); книжки, бланки обліку та звітності, керівні документи по роботі військових аптек.

Вміст комплекту упаковано в дві спеціальні скрині. Комплект розрахований за кількістю витратного майна на роботу протягом одного місяця. Маса - 93 кг.

Комплект Г-6 — аптека-ін'єкційна — призначений для виготовлення стерильних лікарських форм в аптеках медичної роти бригади та військових польових госпіталів. Для забезпечення роботи по виготовленню розчинів для ін'єкцій містить наступне медичне майно:

- > для контролю якості виготовлених лікарських форм (методом експрес-аналізу) є лікарські засоби (срібла нітрат, калію перманганат, розчин аміаку); реактиви хімічні та індикатори (амоній шавлевокислий, барію хлорид, реактив Несслера, папір лакмусовий та ін.); лабораторний посуд (ліжки, колби, пробірки, піпетки, циліндри); витратні аптечні предмети (пляшки, ковпачки алюмінієві, пергамент, пробки гумові, флакони скляні, етикетки); лікарсько-медичні предмети та апарати (рефрактометр ІРФ-456 "Карат МТ"); оснащення для виготовлення лікарських форм (ваги рівноплечеві ручні, пристосування для нанесення клею на етикетки, пристосування для обжиму ковпачків на пляшках для крові, фільтр аптечний); санітарно-господарське майно (ніж складний з пробійником, плитка електрична); типове оснащення (стійка уніфікована, столик інструментальний).

Вміст комплекту укладено у три спеціальні скрині, які забезпечують розгортання робочого місця-стола для роботи фармацевта в боксі для виготовлення стерильних розчинів лікарських форм.

Розрахований за витратним майном на роботу асептичного боксу протягом місяця. Маса — 131 кг.

Комплект Г-15 — аптечний господарський інвентар — призначений для розгортання аптеки та медичного складу. Для забезпечення роботи містить наступне майно: витратні аптечні предмети (плівка поліетиленова, флакони скляні, мийні засоби); санітарно-господарське майно (відра, каstrулі емальовані, набір слюсарних інструментів, примус "Джміль", рулетка металева, тази емальовані, сокира теслярська, кружки емальовані, пилка та ін.); витратне санітарно-господарське майно (цвяхи, мило туалетне та господарське); типове оснащення (держак для тазиків і умивальника, стійка уніфікована).

Майно комплекту забезпечує розгортання, згортання та підготовку для передислокації робочих місць в аптеці, проведення господарських робіт. Вміст комплекту укладено у спеціальну скриню. Маса - 64 кг.

Комплект ПФЛ — польова фармацевтична лабораторія — призначена для оснащення рухомої фармацевтичної лабораторії і забезпечує виготовлення та проведення контролю якості 25 л ін'єкційних та інфузійних розчинів (глюкози, натрію хлориду, новокаїну) за годину. До складу рухомої ПФЛ входять виробнича лабораторія в уніфікованому фургоні КМ-131 на шасі автомобіля ЗІЛ-130 і стерилізаційно-дистиляційна установка (СДУ) на шасі причепа 2-НП-2М. У виробничій лабораторії розгортається асептичне і допоміжне приміщення для отримання апірогенної води та виготовлення розчинів, миття і зберігання посуду. До складу стерилізаційно-дистиляційної установки входять стерилізаційне і котельне відділення та бензоелектричний агрегат. Стерилізаційне відділення обладнується трьома горизонтальними паровими стерилізаторами ГК-75, кип'ятильником гострого нагріву на 40 л, збірником очищеної води С-16 та ящиками-шафами на 100 пляшок ін'єкційних розчинів. У котельному відділенні розташовані паровий котел, кип'ятильник глухого нагріву, дистилятор, холодильник на 100 л, бачок для постачання води до кип'ятильника і холодильника, бачок для рідкого палива, а також водяний насос "Роднік". ПФЛ призначена для медичних складів медичної бригади армійського корпусу, оперативних командувань і пересувної госпітальної бази. Час розгортання штатним особовим складом - 30 хв., а отримання першої серії стерильних розчинів - після 2,5 год. роботи лабораторії.

Медико-тактична характеристика комплектів медичного майна для дезінфекції та санітарної обробки

Комплект В-5 — дезінфекція - призначений для проведення дезінфекційних і дезінсекційних заходів. До складу комплекту входять: дезінфікуючі, дератизаційні та інсектицидні засоби (дуст ДДТ, емульсія ДДТ, ДЕТА, калієва (натрієва) сіль дихлорізоціанурової кислоти, трихлорметафос, хлорамін-моно); обладнання для дезінфекції (гідропульт скальчатий ГС-2М, гумові рукавички технічні, розпилювач для рідин типу "Автомас", розпилювач ручний для порошоків "ИР-3"); санітарно-господарське майно (ліжки пластмасові, відра емальовані, фартух, окуляри захисні закриті, мило туалетне і мильниці).

Витратне майно комплекту розраховане на проведення вологої дезінфекції санітарного транспорту і приміщень площею до 1200 м² при споривих і до 4000 м² - при вегетативних формах мікроорганізмів, знезараження 20 комплектів літнього або 7 комплектів зимового одягу, а також захист від укусів комах 100 військовослужбовців. Вміст комплекту укладено у спеціальну гкриню. Маса - 58 кг.

Комплект СО — санітарна обробка - призначений для проведення повної санітарної обробки 500 поранених, хворих, заражених отруйними і радіоактивними речовинами, і бактеріальними засобами. До складу комплекту входять: лікарські і дезінфікуючі засоби (розчин аміаку, хлорамін-моно, моно-натрієва сіль дихлорізоціанурової кислоти); витратне медичне майно

(клеюнка підкладна гумо-тканинна, окуляри захисні з кольоровим склом, рукавички анатомічні, шітка для миття рук); інші предмети (машинка для підстригання волосся, ножиці, пінцети анатомічні); обладнання для стерилізації і дезінфекції (стерилізатор - сталевий емальований з кришкою, рукавички гумові технічні); санітарно-господарське майно (відра і миски сталеві емальовані, примус туристичний "Джміль", фартухи клеюнчасті, наруківники клеюнчасті, пакети поліетиленові).

Вміст комплексу упаковано у спеціальну скриню. Маса — 74 кг.

Медико-тактична характеристика польового медичного оснащення.

Номенклатура медичних виробів, застосовуваних у польових умовах, дуже різноманітна. Асортимент їх постійно оновлюється і поповнюється новими зразками. Медичні апарати і прилади, типові обладнання, рухомі медичні і санітарні установки призначаються для розгортання й устаткування функціональних підрозділів, медичних підрозділів, частин і закладів.

Для проведення комплексу реанімаційних і анестезіологічних заходів на етапах медичної евакуації є сучасні апарати штучної вентиляції легень (ШВЛ), апарати кисневої терапії, наркозної техніки та засоби для зберігання кисню.

Інгалятор кисневий КІ-4 призначений для лікування киснем або киснево-повітряною сумішшю в польових умовах. Складається з двох кисневих балонів місткістю 2 л із вентилями, клапанної коробки, дихального мішка, двох масок, гофрованих шлангів. Інгалятор змонтований у металевому футлярі. Він забезпечує подачу чистого кисню або киснево-повітряної суміші одночасно двом пораненим у безперервному і легенево-автоматичному режимах, що досягається відповідними переключеннями клапанної коробки. Вміст кисню в киснево-повітряній суміші може складати 40%, 60%, 80% і 100%. При роботі в легенево-автоматичному режимі подача кисню пацієнтам здійснюється тільки під час вдиху.

Конструкція інгалятора дозволяє, при необхідності, приєднувати протигазову коробку. Це дає можливість використовувати інгалятор в атмосфері, зараженій РР, ОР і БЗ.

Апарат для ШВЛ портативний ручний ДП-10 використовують для штучної вентиляції легень ручним способом при наданні медичної допомоги в польових умовах. Це гумовий мішок, армований пористим пластиком для розправлення після стискання. Мішок має два патрубки з усмоктувальними і нагнітальними клапанами, що дозволяють робити активний вдих у результаті стискання мішка, а потім пасивний видих в атмосферу через отвір у клапанній коробці, одночасно мішок заповнюється свіжим повітрям.

Апарат має спеціальний відвід для приєднання до джерела кисню, чим при необхідності досягається подача в легені пацієнта киснево-повітряної суміші, його можна застосовувати й у зараженій атмосфері. Для цього попередньо до усмоктувального клапана приєднують протигазову коробку, а маску апарата замінюють маскою протигазу.

У комплект апарата входять мішок дихальний, язикоутримувач, роторозширювач, маски різних типорозмірів, косинець, гофровані і газопровідні шланги. Весь апарат укладається в невеликий металевий футляр.

Апарат ШВЛ "Пневмат-1" на пневмоелементах із фіксованими параметрами дихання призначений для проведення короткочасної вентиляції легень у польових умовах і при транспортуванні поранених і хворих. Апарат приводиться в дію від стиснутого кисню або повітря. Має фіксовані параметри дихання, що полегшує його використання малокваліфікованим персоналом.

Апарат може працювати в комплексі з будь-яким наркозним апаратом. До нього може бути приєднана протигазова коробка, що дає можливість проводити реанімаційні заходи в зараженій атмосфері.

У комплект входять повітропроводи, маски, маскотримачі, перехідники, нереверсивний клапан, укладка.

Апарат ШВЛ "Лада" на пневмоелементах застосовують при наданні медичної допомоги в польових умовах і стаціонарних медичних закладах. Його можна використовувати для проведення інгаляції кисню, штучної вентиляції легень киснево-повітряною сумішшю та інгаляційного наркозу за напіввідкритим контуром при підключенні до будь-якого наркозного апарата.

Апарат складається з редуктора, пневматичного блока подачі газу, переключаючих пристроїв, контрольних приладів, приєднувальних елементів (маска, повітропроводи, маскотримачі, перехідники), укладка. Для спостереження за роботою апарата є візуальний індикатор, що спрацьовує синхронно з дихальними актами пацієнта.

Конструкція апарата забезпечує активний вдих та пасивний видих. Джерелом живлення апарата можуть бути стиснений кисень або повітря з балонів, а також компресор або газифікатор КПЖ-30.

Апарат ШВЛ "Фаза" призначений для проведення ШВЛ в разі часткового або повного порушення самостійного дихання. Апарат можна використовувати для проведення інгаляційного наркозу за напіввідкритим або напівзакритим контуром при підключенні до будь-якого наркозного апарата. Конструкція апарата забезпечує активний вдих та активний/пасивний видих. Крім того апарат дозволяє з пульта дистанційного управління вручну керувати частотою дихання пацієнта.

Апарат складається з розподільчого, енергетичного і електронних блоків, клапана і верхньої панелі.

Апарат для інгаляційного наркозу переносний "Наркон-2" призначений для проведення інгаляційного наркозу в умовах операційних польових медичних закладів за відкритим і напівзакритим контурах дихання. Для наркозу можуть бути використані медичний ефір, фторотан, хлороформ, трихлоретилен (трилен), метоксифлуран (пентран) із повітрям, чистим киснем і киснево-повітряною сумішшю в різних концентраціях. Для

забезпечення керованого дихання можуть підключатися апарати ДП-10 і Пневмат-1.

Апарат складається з панелі управління, дозиметра з інжектором, універсального випарювача низького опору "Анестезист-2". В комплект апарату входять: апарат ШВЛ "Пневмат-1", дихальний мішок, ножний відсмоктувач, газові редуктори, ларингоскоп, адсорбер і приладдя (маска, інтубаційні трубки, гофровані шланги, комплект приєднувальних елементів).

Апарат міститься у двох спеціальних металевих скринях.

Прилад рідкого кисню КПЖ-30 призначений для газифікації рідкого кисню і подачі його до апаратів кисневої терапії під заданим тиском. Ізоляція приладу — вакуумна.

Маса порожнього приладу - 47,5 кг, вміст рідкого кисню — 32 кг, тиск газоподібного кисню на виході газифікатора - 1–8 (0,1–0,8) кгс/см² (МПа), виробництво кисню - 4,5 м /г, втрата кисню при зберіганні на добу - 15 % від заправочної ємності.

Кисневі балони призначені для перевезення та зберігання стислого газоподібного кисню. Вони є безшовними (цільнотянутими) оболонками циліндричної форми, виготовлені з вуглецевої сталі і розраховані на вміст газоподібного кисню під робочим тиском 150–200 кгс/см² (15–20 МПа) при температурі 20 °С.

Для впізнання вмісту та захисту від корозії його поверхня покривається блакитною нітрофарбою і наносять напис "КИСЕНЬ" фарбою чорного кольору. Найчастіше використовуються балони ємністю 2,0 і 40,0 дм³ (л), маса яких складає 4,15 та 52–67 кг відповідно.

Кисневий балон має запірний вентиль, збоку від якого відходить штуцер із заглушкою. До нього за допомогою накидної гайки приєднується редукційний вентиль з манометром. Запобіжний ковпак, що нагвинчується поверх на балон, накриває запірний вентиль з боковим штуцером. Внизу балон має квадратну основу. У верхній (сферичній) частині балон повинен мати товарний знак виробника (заводська марка), порядковий номер балона, дата виготовлення (рік, місяць), дата чергового освідчення (рік, місяць), робочий тиск (Р) і граничний (П) тиск, ємність (дм³) та маса (кг), клеймо ВТК заводу-виробника (овальної форми), клеймо котлонагляду (трикутничкової форми), позначення діючого стандарту.

Кисневі редуктори призначені для пониження до робочого значення тиску газу, що надходить з балону, а також для підтримки цього тиску на постійному рівні незалежно від коливання його в балоні. За принципом дії розрізняють редуктори прямої і зворотної дії, за кількістю камер - однокамерні і двокамерні. У військово-медичній службі застосовуються однокамерні кисневі редуктори, що забезпечує одноразове пониження тиску.

Однокамерні редуктори мають два манометри, з яких один показує тиск газу у балоні, другий - в камері, де відбувається редукціювання тиску, тобто його пониження до необхідного значення.

Кисневий насос КН-4 (компресор) призначений для наповнення газоподібним киснем малолітражних балонів до тиску 200 кгс/см² (20 МПа) шляхом перепускання і наступного перекачування кисню з великих емностей.

Насос КН-4 - горизонтальний, двоциліндровий з приводом від електромотору трифазного струму. При відсутності електричної енергії насос може працювати від ручного приводу. До насоса можна приєднати до 4 малолітражних балонів.

Герметичність з'єднань забезпечується при робочому тиску 175-200 кгс/см² (17,5 -20 МПа). Витік кисню через клапани складає не більше 5 дм³хв (л/хв).

Найбільшу продуктивність насос забезпечує при ступені стискування, що дорівнює 2. Для повного використання запасу кисню з великих емкостей необхідно дотримуватись ступеневості при перекачуванні газу в малі балони, тобто для заправки малолітражного балона необхідно поступово підключити чотири великі емкості.

Автоперев'язочна АП-2 використовується для забезпечення безперервності в наданні пораненим медичної допомоги. Вона складається з перев'язочної, розміщеної в кузові-фургоні на базі високопрохідного автомобіля ГАЗ-66, передперев'язочної та евакуаційної.

У перев'язочній проводяться найбільш складні і потребуючі спеціальних умов невідкладні заходи першої лікарської допомоги: припинення кровотечі, переливання крові і кровозамінників, усунення асфіксії, боротьба із шоком, катетеризація, надлобкова пункція сечового міхура, пункція плеври при клапанному пневмотораксі, накладання герметичної пов'язки при відкритому пневмотораксі, кровопускання при набряку легенів, відсікання нежиттєздатних тканин і кінцівок, часткова санітарна обробка рани при забрудненні її ОР. Кузов-фургон обладнаний перев'язочним столом із підйомно-поворотним механізмом, шафами з полицями, системами освітлення, водопостачання (холодною і гарячою водою), опалення і вентиляції повітря. Джерелами електроенергії є акумуляторні батареї, переносний бензоелектричний агрегат або зовнішня електромережа. У шафах розміщуються необхідні препарати, перев'язувальні засоби, набори хірургічних інструментів. У фургоні є кисневий інгалятор КІ-4, система його зарядки від транспортного балона місткістю 40 л.

В опалювальних каркасних наметах, що примикають до кузова-фургона перев'язочної, розміщуються передперев'язочна й евакуаційна, оснащені стійками і підставками для ношей, умивальником тощо.

Пропускна спроможність автоперев'язочної 7-10 поранених у годину. Час повного розгортання 35-40 хв. У зв'язку з тим, що автоперев'язочна використовується як рухомий функціональний підрозділ медичної роти у відриві від аптеки, в її комплект включена широка номенклатура лікарських засобів. Автоперев'язочна оснащена також комплектом "Перев'язувальні засоби стерильні", апаратом дихальним ручним, кип'ятильником (стерилізатором) для медичних інструментів електричним.

Стерилізаційно-дистиляційна установка СДП-3 призначена для стерилізації перев'язувального та операційного матеріалу, лікарських засобів, білизни, інструментів, для одержання очищеної та кип'яченої води, а також для миття аптечного та лабораторного посуду в польових умовах. Змонтована в металевому кузові з відкидними дверцятами на одноосьовому автомобільному причепі. Основне оснащення - паровий котел, два горизонтальних стерилізатори (автоклави), кип'ятильники глухого і гострого нагрівання, дистилятор, холодильник, збірники для води, насоси, гумова ємність, мийна та інше обладнання.

Продуктивність дистилятора 30 л/г води очищеної, кип'ятильника глухого нагрівання - 160 л/г і гострого нагрівання - 150 л/г кип'яченої води. Одне завантаження автоклавів - 6 біксів. Середня витрата рідкого палива - 23,5 кг/г, дров - 0,1 м7г. Готовність до використання - 60 хв., персонал, що обслуговує - 2 людини.

Дезінфекційно-душові установки призначені для санітарної обробки (миття) особового складу, дезінфекції (дезінсекції) літнього і зимового обмундирування, взуття в польових умовах. Складаються з парового котла, живильних приладів, душового пристрою з бойлер-акумулятором, дезінфекційної камери, системи трубопроводів, бензинового електричного агрегату, мотопомпи, комплекту приладдя і запасних частин. Монтуються установки на шасі автомобілів і автопричепів.

Дезінфекційно-душова установка ДДА-2 змонтована в спеціальному металевому кузові на шасі автомобіля ЗІЛ-130. Кузов розділений на два відділення: котельне і камерне.

Камерне відділення з двома дезінфекційними камерами розміщено в задній частині кузова. Устаткування установки при русі розміщаються в дезінфекційних камерах. На відміну від ДДА-66 на ДДА-2 змонтований більш потужний паровий котел, в її комплект входять три душових прилади.

Дезінфекційно-душова установка ДДА-3 змонтована в спеціальному металевому кузові на шасі автомобіля ЗІЛ-131 та автопричепа 1-ПН-2М.

Кузов розділений на два відділення: котельне (два парових котла РІ-5М, ручний насос "Роднік", інжектор ІП-4) і камерне (дві дезінфекційні камери).

У спеціальному кузові на шасі двоосного причепа знаходяться три палатки УЗ-68 (УСТ-56), цистерни ЦЕ-1200, дегазаційний комплект ДК-4-63, консольний насос, комплект приладдя і запасних частин.

ДДА-3 оснащена трьома опалювально-вентиляційними установками ОВ-95.

6.4. Заходи по забезпеченню медичним майном військових частин і об'єднань при формуванні та в різні періоди бойових дій

Загальне керівництво організацією забезпечення медичною технікою і майном у воєнний час покладається:

- > у механізованій (танковій) бригаді - на начальника медичної служби бригади;
- > в армійському корпусі - на начальника медичної служби корпусу.

Завдання медичної служби механізованої бригади щодо забезпечення медичним майном:

- > оцінка забезпеченості та визначення потреби механізованої бригади в медичному майні;
- > витребування медичного майна; L
- > отримання, видача, облік та зберігання медичного майна;
- > захист медичного майна від звичайної зброї та зброї масового ураження;
- > виготовлення ліків а аптеці медичної роти;
- > складання звітних документів щодо медичного майна;
- > організація поточного обслуговування і поточного ремонту медичної техніки, а також евакуації медичної техніки, що потребує більш складних видів ремонту;
- > контроль за дотриманням умов зберігання та законністю витрачання медичного майна в медичній роті та медичних пунктах батальйонів;
- > відбір проб медичного майна для проведення експертизи;
- > організація вивчення комплектно-табельного оснащення медичним складом підрозділів, а також вивчення індивідуальних засобів медичного захисту всім особовим складом бригади.

Безпосереднє виконання комплексу завдань щодо всебічного забезпечення медичної служби механізованої бригади медичним майном покладається на особовий склад аптеки медичної роти.

Особовий склад аптеки медичної роти:

- > начальник аптеки (провізор);
- > фармацевт;
- > начальник медичного складу (фармацевт);
- > кочегар-паропровідник.

Особовий склад аптеки несе відповідальність за:

- > розгортання аптеки;
- > визначення потреби в медичному майні;
- > складання заявок та донесень за встановленими формами;
- > одержання майна, його зберігання та облік;
- > видачу в підрозділи медичної роти та в медичні пункти батальйонів медичного майна;
- > організацію виготовлення лікарських форм.

На воєнний час медичній роті встановлена норма медичного майна, яка включає комплекти медичного майна, апарати, прилади, лікарські засоби, перев'язувальні засоби та інші види медичного майна.

Запаси медичного майна спеціального призначення розраховані для надання кваліфікованої медичної допомоги 1000 пораненим і хворим. Крім

того, медична рота утримує запас медичного майна для поповнення витрат у підрозділах бригади на 1000 поранених і хворих.

Завдання медичної служби армійського корпусу щодо забезпечення медичним майном:

- > оцінка забезпеченості та визначення потреби в медичному майні бригад, що входять до складу корпусу;
- > витребування медичного майна;
- > отримання, облік, зберігання медичного майна на медичному складі армійського корпусу та видача його підпорядкованим частинам;
- > захист медичного майна від звичайної зброї та зброї масового ураження;
- > організація виготовлення ліків в аптеках військових польових пересувних госпіталів;
- > складання встановлених звітних документів щодо медичного майна;
- > організація поточного обслуговування і ремонту медичної техніки;
- > контроль за дотриманням умов зберігання та законністю витрачання медичного майна в підпорядкованих частинах.

Безпосереднє виконання комплексу завдань щодо забезпечення медичної служби армійського корпусу медичним майном покладається на особовий склад медичного складу медичної бригади армійського корпусу (МедБр АК) та аптек військових польових пересувних госпіталів.

Заходи по забезпеченню медичним майном військових частин в період їх формування. Медичне майно НЗ для механізованої бригади в мирний час зберігається в недоторканому запасі. При одержанні відповідної команди, начальник аптеки одержує майно зі складу НЗ, перевіряє його кількість і за вказівкою начальника медичної служби розподіляє за підрозділами.

Майно за нормами мирного часу згідно розпорядження довольчого органу здається на медичний склад або передається іншим частинам, окрім медичного майна призначеного для забезпечення частини при її пересуванні в район формування. Задоволення цієї потреби, а також забезпечення надання медичної допомоги пораненим та хворим під час відмобілізування та оперативного розгортання здійснюється за рахунок перехідних запасів поточного постачання, які утримуються у військових частинах у розмірі трьохмісячної потреби. Номенклатура та кількість майна, необхідного на час слідування, визначається наказом Міністра оборони з розрахунку на ешелонні аптечки. Майно, отримане з НЗ до початку бойових дій, використовувати заборонено.

У період відмобілізування начальник аптеки (або формувач) повинен поповнити в комплекти майно, яке в НЗ не зберігалось. Це майно поповнюється за рахунок створених запасів (наркотичні препарати) поточного забезпечення, одержання з медичного складу, до якого військова частина прикріплена на постачання, або придбане в аптеках МОЗ України. Частини

постійної бойової готовності повинні утримувати в НЗ комплекти відповідно табеля до штату.

Одержане медичне майно розподіляється по функціональних підрозділах. Рухома техніка оснащується аптечками АВ. У цей же період особовий склад бригади одержує предмети індивідуального медичного оснащення. Видача перев'язувальних та протихімічних пакетів, аптечок індивідуальних може проводитись медичним складом по підрозділах бригади або на пункті прийому особового складу, але завжди з чітким інструктажем, який би попереджував передчасне або нецільове використання медичного оснащення.

Санітари і санітарні інструктори одержують сумки СС, СМВ, лямки медичні носильні, шоломи для поранених в голову та санітарні ноші.

Якщо майно, призначене для відмобілізування бригади, зберігалось в іншій частині, формувач повинен перевірити наявність отруйних, наркотичних, психотропних лікарських засобів, спиртів та інших дефіцитних предметів. Начальник медичної служби може виділяти на допомогу начальнику аптеки одного - двох фельдшерів або санінструкторів для прискорення приймання майна.

Необхідно звернути увагу на складність, яка виникає при доукомплектуванні норми до 100%. Начальник медичної служби повинен контролювати і при виникненні проблем докласти зусиль для їх усунення. Неукомплектованість норми знижує можливості медичної служби, а значить, і її боєготовність.

Особливо старанно необхідно перевіряти комплектність рухомих медичних та санітарних установок не тільки медичним майном, а й ходову частину.

Заходи по забезпеченню медичним майном при підготовці до ведення бойових дій. В період підготовки до бойових дій насамперед уточнюється:

1) Безпеченість бойових підрозділів та медичної роти бригади індивідуальним, груповим медичним оснащенням, сумками, комплектами, апаратами, приладами тощо. Ці дані необхідні начальнику медичної служби для доповіді командирі бригади про готовність медичної служби до наступного бою і складанні потреби в медичному майні на наступний бій. Досвідчений начальник аптеки останній розрахунок може провести і сам.

2) Потреба в комплектах спеціального призначення Б-1, РО-1, РО-2, ЛУЧ, Б-2, Б-4, АНТ визначається виходячи з розрахункових обґрунтувань комплектів. Однак потрібно мати на увазі, що норма ця усереднена і може виявитись недостатньою для наступного бою з його особливостями. При визначенні потреби в майні доцільно керуватись можливою величиною і структурою очікуваних санітарних втрат, а також розрахунковими потребами в комплектах.

3) Можлива потреба кривозамінників, кисню та інших видів майна, яке не входить до складу медичних комплектів. Вона визначається, виходячи з

установленої норми на одного хворого (пораненого) з урахуванням уражень, їх локалізації, ступеня тяжкості та інших даних.

Порівнюючи розраховану потребу з фактичною наявністю майна, не складно виявити забезпеченість бригади на наступний бій.

4) При визначенні потреби слід враховувати також необхідність створення резерву медичного майна на випадок непередбаченої збільшеної витрати, перебоїв в підвозі або для ліквідації осередків масових санітарних втрат. Розмір резерву визначає начальник медичної служби. Як правило, в резерві можуть зберігатися перев'язувальні засоби з комплектів Б-1 та Б-4, комплекти РО-1, Б-2. Резерв зберігається на складі медичної роти.

5) На майно, якого не вистачає, терміново подається заявка, щоб встигнути отримати його до початку бою. Майно використовується для поповнення запасів до встановлених табельних норм.

6) Для надання медичної допомоги в медичній роті при масовому надходженні поранених та хворих потрібна буде значна кількість розчинів для ін'єкцій, тому потреба в цих засобах визначається завчасно.

7) В аптеці медичної роти створюється запас очищеної води, проводиться виготовлення ін'єкційних розчинів та інших препаратів, виконуються фасувальні роботи, проводиться стерилізація перев'язувальних засобів, операційної білизни та ін. У цей період закінчується поточний ремонт медичної техніки. Апарати та прилади, яким необхідний середній та капітальний ремонт, направляються на медичний склад МедБр АК для заміни на справні.

Особлива увага приділяється заповненню медичним киснем усіх кисневих балонів в МПБ та медичній роті. Заправка малолітражних балонів здійснюється за допомогою насоса кисневого КН-4 в аптеці медичної роти. Порожні кисневі балони вмістом 40 л замінюються на заповнені киснем у відділенні газозабезпечення медичного складу МедБр АК.

У період підготовки до бойових дій проводяться роботи по підвищенню захисних якостей тари та упаковки, в якій зберігається та транспортується медичне майно.

На основі оцінки основних елементів тактичної, тилової та медичної обстановки проводяться необхідні розрахунки та формуються висновки з організації забезпечення механізованої бригади медичним майном в ході бойових дій.

Дані висновки складають основу доповіді начальника аптеки начальнику медичної служби механізованої бригади і відображаються в рішенні начальника медичної служби бригади на наступний бій в розділі "організація забезпечення медичним майном і технікою".

У розділі у вигляді таблиць даються дані розрахунків потреби і забезпеченості військ медичним майном спеціального призначення та технічного забезпечення (вихід з ладу основних технічних засобів). Крім того, в розділі текстом вказується обсяг, термін і порядок підвозу медичного майна під-

розділам при підготовці і в ході бойових дій, порядок поповнення запасів медичного майна, розмір, місце зосередження та порядок використання резерву медичного майна, порядок забезпечення медичним киснем, організація виготовлення лікарських засобів, ремонту та евакуації зіпсованої техніки, порядок використання місцевих ресурсів.

Організація забезпечення медичним майном під час ведення бойових дій та у міжбойовий період. Під час ведення бойових дій забезпечення підрозділів бригади та функціональних підрозділів медичної роти проводиться за рахунок майна спеціального призначення за фактичною потребою. Медичне майно видається з медичного складу на основі заявок (вимог), що надходять, та донесень встановленої форми. В необхідних випадках майно відпускається без заявок за розпорядженням відповідного начальника медичної служби.

Під час бойових дій основні зусилля зосереджуються на безперервному та повному забезпеченні медичним майном тих підрозділів та частин, які виконують головну задачу, діють в першому ешелоні бойового порядку та ведуть активні бойові дії.

Відпуск (підвіз) медичного майна проводиться: військовим підрозділам, які входять до складу бригади - з медичного складу та аптеки медичної роти; військовим частинам армійського підпорядкування - з медичного складу МедБр АК; військовим частинам, які не мають по штату медичного складу, з аптеки частини, до якої вони закріплені на забезпечення.

Запаси медичного майна у медичній роті поповнюються до встановлених норм до кінця кожного дня, а за необхідності — негайно.

Враховуючи можливо високі темпи пересування військ в сучасному бою, медичне майно аптеки та підрозділів перед боєм повинно бути завантаженим на автомобілі в порядку, зручному для видачі його з ходу та швидкого розвантаження і розгортання при обладнанні аптеки.

При пересуванні в колоні аптека видає на короткочасних зупинках необхідне майно фельдшерам та санітарним інструкторам.

Майно в ході бою може видаватися без заявок, але зі складанням акту про використання після бою.

Поповнення запасу медичного майна комплектами Б-1, Б-2, РО-1 проводиться частіше за все в кінці першої доби бою. Поповнення майна здійснюється, як правило, санітарним транспортом - зворотними рейсами.

У певних випадках потреба етапів медичної евакуації в медичному майні забезпечується за рахунок резерву за розпорядженням відповідного начальника медичної служби. Подача медичного майна для поповнення бойових втрат та підвищеної витрати проводиться негайно.

МПБ забезпечуються медичним киснем в аптеці медичної роти шляхом заміни порожніх малолітражних балонів на повні. Пусті балони замінюються на повні або наповнюються киснем за допомогою насосу КН-4 із балонів об'ємом 40 л. Пусті балони з медичної роти об'ємом 40 л передаються до

відділення газозабезпечення медичного складу МедБр АК, де обмінюються на повні за рахунок запасу балонів.

Під час бойових дій поточний ремонт медичної техніки виконується особовим складом підрозділів та частин. Для виконання середнього та капітального ремонту ушкоджена техніка із МПБ та підрозділів медичної роти зосереджується на складі медичного майна медичної роти для подальшої евакуації відповідно до вказівок начальника медичної служби армійського корпусу. Рухомі медичні установки з ушкодженою ходовою частиною поступають на збірні пункти ушкоджених машин.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Завдання медичного постачання Збройних Сил України.
2. Принципи медичного постачання Збройних Сил України.
3. Постачальні органи та заклади медичного постачання.
4. Підрозділи медичного постачання.
5. Класифікація медичного майна.
6. Характеристика медичного майна за призначенням.
7. Поняття комплекту медичного майна.
8. Медико-тактична характеристика комплектів для надання першої медичної допомоги.
9. Медико-тактична характеристика комплектів для надання долікарської (фельдшерської) допомоги.
10. Медико-тактична характеристика комплектів для надання першої лікарської допомоги.
11. Медико-тактична характеристика комплектів для надання кваліфікованої медичної допомоги.
12. Заходи по забезпеченню медичним майном військових частин і об'єднань при формуванні.
13. Заходи по забезпеченню медичним майном військових частин і об'єднань в різні періоди бойових дій.

ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНОЮ СЛУЖБОЮ

7.1. Визначення поняття та основні принципи управління медичною службою, його зміст. Вимоги до управління медичною службою. Підпорядкованість начальників медичної служби

Медична служба Збройних Сил України — це спеціальна військова організація, яка включає в себе військово-медичні підрозділи, частини, заклади, з'єднання та органи управління і призначена для медичного забезпечення військ (сил) у мирний та воєнний час.

Для досягнення цієї мети медична служба виконує покладені на неї завдання, які повинні бути скоординовані за допомогою вертикального і горизонтального розподілу функцій, що складає сутність управління.

Сутністю управління медичною службою Збройних Сил України є цілеспрямована діяльність начальників (командирів) і органів управління медичної служби щодо підтримки постійної бойової і мобілізаційної готовності її підрозділів, частин і закладів, підготовки їх до медичного забезпечення військ у мирний і воєнний час та управління ними при виконанні завдань, які покладені на медичну службу Збройних Сил України.

У понятті управління медичною службою необхідно виділяти, з одного боку, загальну систему управління медичною службою (порядок підпорядкування, обов'язки посадових осіб, функції органів управління медичної служби тощо), з другого - форми і методи управління при організації медичного забезпечення бойових дій військ (сил).

Основна мета управління медичною службою Збройних Сил України полягає у забезпеченні високої бойової готовності сил та засобів медичної служби, їх оптимального розподілу та всебічної підготовки до виконання завдань медичного забезпечення військ у мирний і воєнний час, а також досягнення максимальної ефективності їх використання при вирішенні поставлених завдань. Досягнення цієї мети пов'язане з вирішенням великого кола питань, які складають зміст управління. До найважливіших з них відносяться:

- > підтримка високого патріотичного та морального стану, мобілізаційної та бойової готовності підрозділів, частин і закладів медичної служби;
- > безперервний активний збір, вивчення, відображення, аналіз і оцінка даних обстановки;
- > прийняття рішень на медичне забезпечення військ (сил);
- > планування медичного забезпечення військ (сил) в наступних бойових діях;
- > постановка завдань підлеглим;
- > керівництво підготовкою медичних підрозділів, частин і закладів до медичного забезпечення бою (операції), їх діяльністю при виконанні поставлених завдань і надання їм допомоги;

- > організація та проведення заходів з підтримки боєготовності і боєздатності сил та засобів медичної служби, їх всебічного забезпечення, при проведенні заходів бойової та спеціальної підготовки;
- > організація і підтримка безперервної взаємодії з іншими службами бойового, технічного і тилового забезпечення військ, органами і закладами цивільної охорони здоров'я;
- > організація та здійснення контролю за виконанням завдань.

Управління медичною службою базується на загальних принципах управління військами, до яких належать:

- > єдиноначальність;
- > централізація управління з наданням підлеглим ініціативи у визначенні способів виконання поставлених завдань;
- > твердість і наполегливість щодо запровадження в дію прийнятих рішень;
- > оперативне і гнучке реагування на зміну обстановки;
- > уміння аналізувати обстановку, робити правильні висновки з неї і передбачати хід подій;
- > особиста відповідальність начальника медичної служби, командира (начальника) військово-медичної частини (закладу) за рішення, які вони приймають та результати виконання поставлених їм завдань.

Виходячи з того, що медична служба Збройних Сил України є складною, функціонально-неоднорідною, ієрархічною, територіально-розподіленою, спеціальною військовою організацією (системою) з різними типами завдань, які вона вирішує, управління нею розподіляється на організаційне і спеціальне.

Організаційне управління визначає управління військово-медичними підрозділами, частинами і закладами прямого підпорядкування. Зміст організаційного управління медичної служби ідентичний із змістом управління загальнодержавними і військовими структурами та організаціями Міністерства оборони України.

Спеціальне управління визначає управління медичною службою в цілому із спеціальних питань медичного забезпечення військ (сил), зокрема:

1. Мобілізаційна робота.
2. Бойова підготовка медичної служби.
3. Лікувально-евакуаційне (профілактичне) забезпечення.
4. Санітарно-епідеміологічне забезпечення.
5. Медичний захист особового складу військ (сил), поранених і хворих на етапах медичної евакуації від вражаючих факторів зброї масового ураження.
6. Забезпечення медичним майном і технікою.
7. Підготовка кадрів медичної служби.
8. Військово-медична підготовка особового складу військ (сил).
9. Медичний облік і звітність.
10. Наукова і раціоналізаторська робота.
11. Наукова організація праці медичного складу тощо.

Управління медичною службою повинно забезпечити ефективне використання можливостей медичних підрозділів, частин, закладів і успішне виконання завдань медичного забезпечення військ у встановлені терміни в різних умовах обстановки.

Управління медичною службою на сучасному етапі буде здійснюватися в умовах:

- > скорочення строків підготовки медичної служби до виконання завдань;
- > збільшення обсягу та зміна змісту роботи начальників і органів управління;
- > підвищення вимог до обґрунтування рішення і планування медичного забезпечення;
- > зростання необхідності наукового передбачення розвитку обстановки;
- > підвищення ролі технічних засобів управління тощо.

Вимоги до управління медичною службою. Управління медичною службою повинно бути стійким, безперервним, оперативним та прихованим і забезпечувати ефективне використання можливостей медичних частин і закладів, успішне виконання ними поставлених завдань в установлені терміни і за будь-яких умов обстановки. У всіх випадках воно повинно забезпечувати необхідний ступінь централізації управління з наданням підлеглим ініціативи у визначенні способів виконання поставлених їм завдань. Органи управління медичної служби повинні проявляти твердість і наполегливість у проведенні прийнятих рішень і планів у життя.

Стійкість управління визначається здатністю органів управління виконувати свої функції у складній та постійно змінній обстановці і за умов впливу противника на системи управління. Стійкість управління може бути досягнута лише при безперервному функціонуванні системи, її високій живучості, взаємозамінності органів управління та окремих осіб всередині самих організацій.

Безперервність управління полягає у постійному керівництві службою шляхом забезпечення безперебійного зв'язку з підпорядкованими органами управління медичної служби, а також з окремими медичними частинами і закладами. При цьому дуже важливу роль відіграє стійкість і надійність функціонування технічних засобів зв'язку.

Під **оперативністю** управління розуміють здатність начальників (командирів) та органів управління медичної служби вирішувати завдання з управління підпорядкованими силами і засобами в обмежені терміни, швидко реагувати на зміни обстановки та своєчасно впливати на хід виконання рішень для досягнення поставленої мети. Кількісним критерієм оперативності управління може бути час, який витрачається начальником медичної служби (органом управління) на один цикл управління, тобто на отримання і вивчення даних обстановки, прийняття по ній обґрунтованого рішення і постановку завдань підлеглим. Конкретна тривалість часу у кожному окре-

мому випадку і в кожній ланці управління повинна мати свою межу, перевищення якої (при інших рівних умовах) призведе до зриву або до неповного виконання завдання, що вирішується. Таку гранично допустиму тривалість одного циклу управління прийнято називати **критичним часом управління**. Прагнення до покращення оперативності управління не повинно відбуватися за рахунок його якості, особливо за рахунок обгрунтованості тих рішень, які приймаються. Підвищення оперативності управління носить комплексний характер і пов'язано перш за все з удосконаленням системи збору та обробки даних обстановки, упорядкуванням потоків інформації, широким запровадженням та використанням у процесах управління засобів автоматизації, покращанням організаційно-штатної структури підрозділів, частин та закладів медичної служби і методів роботи начальників та очолюваних ними органів управління.

Всезростаюче значення має така вимога до управління, як його **прихованість**. Суть даної вимоги полягає у збереженні від противника в таємниці прийнятої системи управління силами і засобами медичної служби, заходів щодо підготовки медичного забезпечення військ в наступних бойових діях та під час їх проведення. Порушення прихованості управління при сучасних засобах розвідки та ураження може призвести до тяжких наслідків. Щоб забезпечити прихованість управління необхідна висока пильність всього особового складу органу управління; широке використання апаратури, яка за-секречує інформацію, а там, де її немає, - попереднє шифрування і кодування даних, що підлягають передачі технічними засобами зв'язку; суворий режим і чіткий порядок використання засобів зв'язку, особливо при веденні переговорів із застосуванням радіо та провідних засобів зв'язку; дбайливе зберігання документів планування та обмеження кола осіб, які беруть участь в їх розробці.

Управлінська діяльність у медичній службі Збройних Сил України розподіляється на три основні етапи:

- > інформаційний;
- > аналітичний;
- > організаційний.

Інформаційний етап. Управління є інформаційним процесом, який включає прийняття, передачу, обробку, зберігання та переробку інформації. Для якісного управління підлеглими силами та засобами органам управління потрібна об'єктивна і вичерпна інформація про умови діяльності військ та медичної служби, стан та можливості її підрозділів, частин, закладів, стан та динаміку здоров'я військовослужбовців. Для цього в управлінських системах передбачається наявність зворотного зв'язку, який надає можливість органам управління своєчасно отримувати від об'єктів управління необхідну інформацію у формалізованому і неформалізованому вигляді та забезпечувати прийняття відповідного рішення. Порядок отримання такої інформації регламентується відповідними нормативними документами, а та-

кож передбачає як особисте спілкування посадових осіб, так і застосування різних каналів зв'язку для невідкладних доповідей та передачі донесень за встановленими формою і часом.

Військово-медична інформація за своїм призначенням та змістом розподіляється на **інформацію стану та командну інформацію**. Перша включає детальні відомості про умови життя та побуту військовослужбовців, зміст завдань, які вони виконують; санітарно-епідемічний стан військових частин та території, де вони розташовані; стан здоров'я особового складу; умови, характер діяльності та можливості підрозділів, частин і закладів медичної служби, а також багато іншого, що характеризує об'єкт управління. Інформація стану є вихідним матеріалом для аналізу діяльності медичної служби та для прийняття рішення на організацію медичного забезпечення військ (сил).

За допомогою командної інформації начальники медичної служби різних рівнів здійснюють управлінський вплив на своїх підлеглих. Ця інформація закладається в директиви, розпорядження, що розробляються начальниками (органами управління) медичної служби. Основою діючої у військах системи збору, обробки та аналізу військово-медичної інформації є офіційно встановлений у Збройних Силах України медичний облік та звітність.

Вся інформація в системі управління медичної служби повинна відповідати певним вимогам якості:

- > точність — висока достовірність і об'єктивність даних;
- > цілісність - перелік і обсяг даних повинні дозволяти прийняти необхідне рішення;
- > співвідносність — дані, які використовують на різних рівнях управління, повинні бути однотипними;
- > послідовність - дані необхідно подавати у встановленому порядку;
- > єдність формату - дані повинні оформлятися за чітко визначеною формою (реквізитами) у всій управлінській вертикалі. Ця вимога особливо важлива в сучасних умовах при застосуванні автоматизованих (комп'ютерних) систем обробки інформації;
- > своєчасність - дані повинні оперативно відображати зміни обстановки;
- > своєрідність (валідність) - дані повинні бути адекватними умовам конкретної обстановки; необхідно збирати, аналізувати і подавати саме ті дані, які потрібні.

Аналітичний етап в процесі управління медичною службою передбачає аналіз отриманої інформації та розробку рішень відповідно до завдань медичних підрозділів, частин, закладів та умов бойової обстановки.

Вся зібрана інформація, перед тим, як її аналізувати, підлягає попередній статистичній обробці, суть якої полягає в тому, щоб обґрунтувати первинні матеріали та визначити узагальнені показники. На сьогодні медична служба Збройних Сил України має усі документи медичного обліку та звітності, які формалізовані і придатні для машинної обробки.

Після отримання основних узагальнених показників начальник (орган управління) медичної служби розпочинає аналіз інформації. Суть аналізу полягає у виявленні причинно-наслідкових зв'язків, які зумовлювали б ті чи інші зміни системи медичного забезпечення чи стану здоров'я військовослужбовців. Аналіз також потрібен для чіткого з'ясування питань, що потребують оперативного вирішення; для контролю ефективності заходів, які здійснює медична служба; для виявлення недоліків у її роботі та встановлення їх причин виникнення. Найефективніші результати дає аналіз, в ході якого використовують кількісні методи обґрунтування висновків та рішення.

Організаційний етап управлінської діяльності включає оформлення прийнятого рішення, доведення його до конкретних виконавців, здійснення контролю за виконанням прийнятого рішення.

Організація управління медичною службою передбачає створення системи управління медичною службою, підтримання її у високій готовності; її розвиток і розширення при медичному забезпеченні, а також підготовку і здійснення заходів забезпечення її безперервної роботи. **Система управління медичної служби** (від грецького Systema — ціле, сукупність елементів, які знаходяться у відносинах і зв'язку між собою, утворюючи певну цілісність і єдність) — це сукупність функціонально пов'язаних між собою об'єктів, суб'єктів і засобів управління.

Об'єктом управління медичної служби, як системи, є підрозділи, частини і заклади медичної служби, а також окремі особи або їх колективи, які безпосередньо здійснюють медичне забезпечення, а **суб'єктом управління** — органи управління, начальники (командири) медичної служби, які відповідно розгортають та працюють у пунктах управління. **Засоби управління** забезпечують обмін інформацією як всередині системи між суб'єктом і об'єктом управління, так і з іншими системами управління, а також збір, обробку, частковий (технічний) аналіз і передачу інформації.

Під органами управління медичної служби розуміють штатні колективи посадових осіб, які організаційно об'єднані для виконання певних функцій з управлінням медичними силами і засобами. У воєнний час місця розгортання і роботи начальників (органів управління) медичної служби видів збройних сил, оперативних командувань, армійських корпусів, бригад передбачені на відповідних тилових пунктах управління (ТПУ) без оперативного підпорядкування начальнику тилу. В медичних з'єднаннях, частинах і закладах також розгортаються пункти управління, як правило, силами особового складу штабу, комендантського підрозділу і підрозділу зв'язку. Оперативні групи з органу управління медичної служби виділяються на командні пункти (КП) та запасні командні пункти (ЗКП), а при необхідності й на інші пункти управління військ, сил, служб. Начальники медичної служби бригади, частини під час бойових дій здійснюють управління підлеглими структурами медичної служби з командних пунктів своїх командирів.

Підпорядкованість начальників медичної служби. Залежність між суб'єктом і об'єктом управління в медичній службі визначається підпорядкованістю медичних підрозділів, частин і закладів відповідним начальникам, нижчих управлінських інстанцій - вищим.

Органи управління медичної служби, як суб'єкти управління, визначають мету і способи дій об'єктів управління та впливають на них в інтересах досягнення визначеної мети.

Такими органами управління в медичній службі Збройних Сил (ЗС) України на воєнний час є: Департамент охорони здоров'я Міністерства оборони України (ДОЗ МОУ); медична служба видів ЗС України, як орган управління; військово-медичні управління (ВМУ) оперативних командувань (ОК); управління пересувних госпітальних баз (ПГБ); управління територіальних госпітальних баз (ТерГБ); військово-медичні відділи (ВМВ) армійських корпусів (АК); управління медичної бригади армійського корпусу; медична служба з'єднань та окремих військових частин, (рис. 7.1).

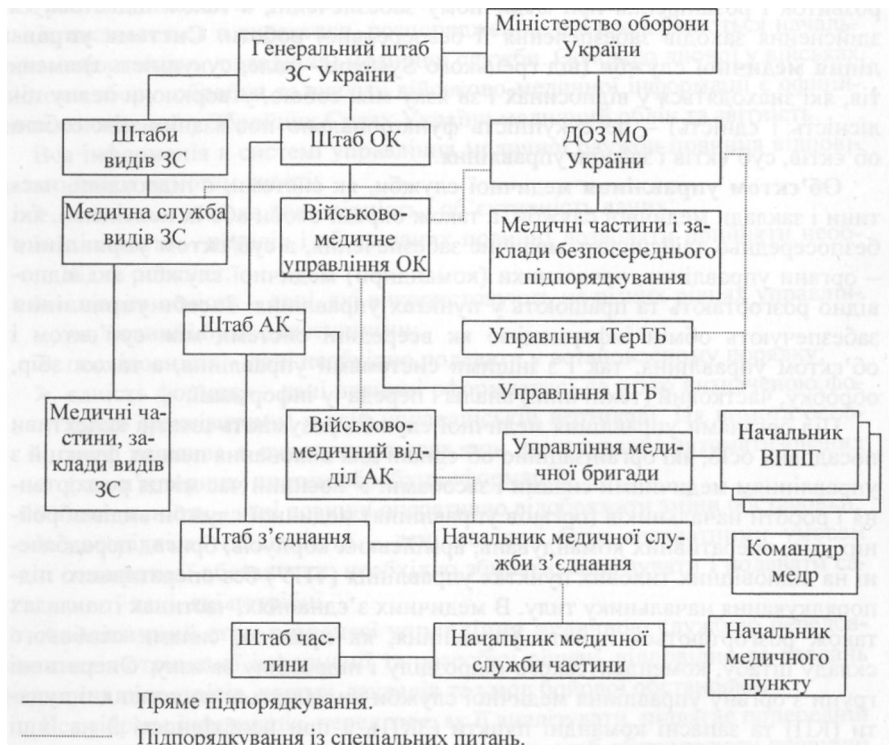


Рис. 7.1. Органи управління медичною службою та їх місце серед органів управління військами.

Медичне забезпечення бойових дій безпосередньо організують відповідні начальники медичної служби бригад та окремих частин. Вони несуть пряму відповідальність за своєчасне проведення заходів із медичного забезпечення військ та доповідають по команді щодо необхідності заходів, до виконання яких слід залучати командирів, особовий склад військ, а також сили і засоби інших служб.

Начальник медичної служби частини (бригади) підпорядковується командирю частини (бригади). Із спеціальних питань медичного забезпечення військ він виконує вказівки старшого начальника медичної служби.

Начальники (командири) медичних підрозділів, частин і закладів безпосередньо підпорядковані відповідному начальнику медичної служби, начальнику військово-медичного відділу (управлінню). Так, наприклад, начальник медичного пункту окремої частини (полк, батальйон) підпорядкований начальнику медичної служби частини, командир медичної роти бригади — начальнику медичної служби бригади, а командир окремої медичної бригади армійського корпусу - начальнику військово-медичного відділу армійського корпусу і т. ін. (рис.7.2).



Рис. 7.2. Підпорядкованість начальників медичної служби на мирний і воєнний час

Основним засобом управління є зв'язок. Безперебійний діючий зв'язок в системі управління медичної служби забезпечується застосуванням відповідних засобів і створенням **системи зв'язку**. Під системою зв'язку розуміють складну організаційно-технічну сукупність мереж, вузлів і ліній зв'язку, програмно-технічних комплексів (засобів) автоматизованого управління, засобів

зв'язку, автоматизованих робочих місць посадових осіб пунктів управління (штабів), створених для забезпечення інформаційного обміну та автоматизованої обробки інформації в усіх ланках управління медичною службою.

Інформаційний обмін у системі управління медичною службою забезпечує передавання і приймання сигналів централізованого бойового управління, обмін документальними повідомленнями, ведення телефонних переговорів, обмін даними та надання інших послуг зв'язку посадовим особам органів управління.

Автоматизована обробка інформації створює умови для підвищення якості оперативно-тактичних розрахунків і моделювання медичного забезпечення військ чи діяльності лікувальних закладів з прийому, медичного сортування, надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих.

Упродовж останніх років у ЗС України впроваджена автоматизована система управління (АСУ) діяльністю військ. АСУ діяльністю військ - це захищена закрита комп'ютерна мережа, що з'єднує командні пункти усіх структурних і функціональних елементів ЗС України. АСУ діяльністю військ керується із центрального командного пункту ЗС України і функціонально поділена на АСУ мирного і АСУ воєнного часу.

Основними завданнями системи зв'язку при організації медичного забезпечення військ (сил) є:

- > забезпечення повноцінного інформаційного обміну та автоматизованої обробки інформації із заданою якістю в системі управління медичним забезпеченням при підготовці та застосуванні військ (сил);
- > забезпечення організації взаємодії зі службами тилового і технічного забезпечення, закладами цивільної охорони здоров'я та приданими медичними частинами і закладами;

У своєчасна передача сигналів оповіщення.

У медичних з'єднаннях, частинах і закладах є штатні підрозділи зв'язку, які використовуються для забезпечення зв'язку при управлінні медичною службою. У медичних підрозділах є штатні засоби зв'язку: радіостанції, телефонні апарати тощо. Стійкість і безперервність зв'язку начальника (органу управління) медичної служби з командуванням, старшим медичним начальником (вищим органом управління), підлеглими об'єктами управління можна забезпечити тільки при комплексному використанні як власних засобів зв'язку медичної служби, так і засобів командування, тилу та інших служб.

Для управління медичною службою у воєнний час, в основному, застосовуються: радіодротові, радіорелейні, пересувні та сигнальні засоби зв'язку.

Радіозв'язок використовують начальники (органи управління) медичної служби для управління медичними з'єднаннями, частинами, підрозділами і закладами безпосереднього підпорядкування, які мають штатні або виділені у їх розпорядження загальновійськові радіостанції. У частинах використовують переважно ультракороткохвильові станції з дальністю дії до 15-20 км під час руху і до 50 км при розташуванні на місці. У з'єднаннях використо-

вують короткохвильові станції з дією до 20-30 км під час руху і до 100 км та більше - на місці. Зв'язок радіозасобами медичної служби може здійснюватись по радіомережах (радіонапрямах) тилу. Крім того, для управління силами і засобами медичної служби на евакуаційних напрямках можуть створюватись окремі радіомережі у складі виділених радіостанцій відповідних органів управління і санітарно-транспортних частин. У всіх радіомережах передбачається можливість виводу любого пункту управління для роботи у радіонапрямах.

Радіозв'язок з лікувальними та санітарно-епідеміологічними закладами, санітарно-транспортними частинами, евакуаційними пунктами здійснюється по радіомережах допоміжних вузлів зв'язку або госпітальних баз. Для управління евакуацією поранених і хворих повітрям або залізницею використовується радіомережа у складі радіостанцій представника військово-транспортної авіації і начальника військових сполучень аеропорту (залізничної станції). Оповіщення про повітряну обстановку здійснюють командні пункти по спеціальній радіомережі оповіщення. В цю радіомережу органи управління медичної служби, медичні підрозділи, частини і заклади включають радіоприймальні засоби.

Дротовий зв'язок широко використовується структурами медичної служби, починаючи з медичного пункту частини і вище. Даний вид зв'язку застосовується, в основному, при розташуванні на місці, в районах очікування, при оборонних бойових діях, а також для забезпечення внутрішнього зв'язку в лікувальних закладах та пунктах управління. Дротовий зв'язок забезпечує добру якість передачі інформації, але складнощі при прокладці ліній та їх вразливість, а також громіздкість обладнання обмежують його застосування.

Радіорелейні засоби застосовуються для зв'язку між медичними частинами, з'єднаннями, закладами і органами управління в єдиній системі зв'язку військових з'єднань і вище. Радіорелейний зв'язок використовується, головним чином, при розташуванні пунктів управління на місці та при роботі їх з коротких зупинок.

Зв'язок радіорелейними і дротяними засобами здійснюється по всім і напрямкам з використанням ліній і каналів опорної мережі зв'язку військ² (сил), місцевої державної мережі зв'язку, а також мереж зв'язку транспортних міністерств, відомств.

Лінії зв'язку забезпечуються, як правило, радіорелейними станціями комплексних апаратних зв'язку (П-240Т, П-241Т) до 25-50 км, або польовим кабелем на відстань до 10-15 км.

² Для потреб військ ОК розгортаються головна, одна-дві додаткові вісі зв'язку і рокади зв'язку. Там, де вони пересікаються, розміщуються опорні вузли зв'язку (ОВЗ), із яких виділяються (рішенням начальника військ зв'язку ОК) по 1-2 канали для органів управління медичної служби. Головна вісь зв'язку розгортається у напрямку переміщення КП, ЗКП і ТПУ. Відстань між рокадами складає від 50 до 100 км.

Лінії прив'язки до опорних і допоміжних вузлів зв'язку (ДВЗ) розгортаються силами і засобами зв'язку самих органів управління, частин і закладів медичної служби.

Зв'язок пересувними засобами медичної служби на рівні окремої військової частини, здійснюється через осіб, які супроводжують поранених і хворих, водіїв санітарного транспорту і спеціально призначених зв'язкових. Зазначений вид зв'язку для органів управління медичної служби організується в єдиній мережі фельд'єгерсько-почтового зв'язку (ФПЗ) військ (сил). Його основу складають вузли і станції ФПЗ з відповідними маршрутами пересувних засобів зв'язку від вузлів ФПЗ до станцій ФПЗ та від останніх до пунктів управління частин і закладів, що до них приписані. Обов'язком органів управління медичної служби є контроль за своєчасною припискою підпорядкованих частин і закладів до відповідних станцій ФПЗ.

Зв'язок сигнальними засобами (сигнальними ракетами, ліхтарями, прапорцями, покажчиками, знаками тощо) застосовується медичною службою для подання різних сигналів на етапах медичної евакуації, управління рухом санітарного транспорту в межах прямого бачення тощо.

Система управління медичною службою повинна мати високу бойову готовність, живучість, стійкість і забезпечувати можливість як централізованого, так і децентралізованого управління.

Таким чином, для надійного і ефективного управління медичною службою начальника медичної служби (особовому складу органу управління) потрібні: високий рівень професійної підготовки і досвід організаційної роботи; глибоке розуміння ними характеру сучасної війни, способів ведення операцій (бойових дій) і принципів медичного забезпечення військ (сил); глибокі знання можливостей та основ застосування підлеглих органів медичної служби; передбачення і передбачливість; вміння вірно з'ясовувати завдання, поставлені командуванням і старшими начальниками та оцінювати обстановку; гнучке і вчасне реагування на зміни обстановки; висока оперативність в роботі при прийнятті рішень, постановці (уточненні) завдань підлеглим і плануванні медичного забезпечення; дисципліна; розумна ініціатива; вміле використання засобів зв'язку і автоматизації управління.

7.2. Методи і послідовність роботи начальника медичної служби бригади з прийняття рішення на організацію медичного забезпечення. План медичного забезпечення бригади в бою, порядок його оформлення. Постановка завдань підлеглим і проведення контролю їх виконання

Процес управління медичним забезпеченням військ (сил) у воєнний час включає:

- > з'ясування завдання медичної служби;
- > розрахунок часу;
- > оцінку обстановки;

- > прийняття рішення і планування медичного забезпечення;
- > постановку завдань підлеглим структурам медичної служби;
- > організацію взаємодії між медичною службою та іншими структурами військ (сил) і цивільними органами охорони здоров'я;
- > всебічне забезпечення виконання завдань;
- > практичну допомогу підлеглим при виконанні завдань;
- > управління медичною службою при підготовці і виконанні медичного забезпечення;
- > контроль готовності медичної служби до медичного забезпечення військ.

У военний час в процесі управління медичною службою окремих частин (бригад, об'єднань) можна виділити два основних періоди: при підготовці до бойових дій і безпосередньо під час бойових дій.

Робота начальника (органу управління) медичної служби з організації медичного забезпечення військ в наступних бойових діях здійснюється у відповідності з прийнятим порядком роботи штабу і органів управління військами.

Найефективніше використання сил і засобів медичної служби, безперервне і чітке управління ними можливе лише за умов постійного знання обстановки начальником медичної служби, а також вміння ним швидко і правильно її оцінити; своєчасного прийняття рішення на медичне забезпечення, що відповідає умовам обстановки; своєчасної і чіткої постановки завдань підлеглим у відповідності з прийнятим рішенням, систематичного контролю виконання завдань і допомоги підлеглим.

Основу управління медичною службою в наступному бою (операції) складає рішення начальника медичної служби. Тому прийняття рішення, постановка завдань підлеглим і оформлення рішення у вигляді плану медичного забезпечення військ є основним і найважливішим етапом роботи начальника медичної служби та його органу управління в період підготовки до бою (операції).

Рішення на медичне забезпечення бойових дій повинно базуватися на принципах медичного забезпечення, прийнятих в збройних силах, і відповідати рішенням командира (командувача) на організацію і ведення бойових дій, рішенням старшого начальника медичної служби, забезпечувати найбільш ефективно виконання завдань, поставлених медичній службі. Воно повинно бути точним, повним і конкретним.

Розробка і прийняття рішення, як і вся робота командира та штабу з організації бою, повинні здійснюватися в короткі терміни, що дає можливість найбільше часу надати військам для підготовки до бою. Тому і начальник медичної служби повинен завчасно систематично збирати і накопичувати необхідні дані про обстановку. Після ознайомлення з завданням окремої частини (бригади, об'єднання) раніше зібрані відомості уточнюються і доповнюються.

Рішення щодо організації медичного забезпечення приймає начальник медичної служби і несе за нього особисту відповідальність. У підготовці

даних для прийняття рішення та його оформлення бере активну участь особовий склад органу управління, кожен у відповідності зі своїми функціональними обов'язками. При прийнятті рішення, постановці завдань і плануванні медичного забезпечення можуть використовуватись наступні основні методи роботи начальника медичної служби: *метод послідовної роботи, метод паралельної роботи або їх поєднання.*

Метод паралельної роботи використовується при обмежених термінах, які відводяться на підготовку медичного забезпечення військ в бою (операції), і в сучасних умовах вважається основним. Принципова схема методу паралельної роботи подана на рис. 7.3.

При паралельному методі організації роботи заходи з підготовки медичного забезпечення військ здійснюються відносно одночасно в усіх інстанціях управління. Кожна нижча інстанція приступає до розробки рішення на основі задуму бою (операції), визначеного командиром (командувачем), і попередніх розпоряджень, виданих старшим медичним начальником. У цьому випадку начальник медичної служби не буде володіти достатніми даними для всебічної оцінки обстановки і детальної розробки заходів з організації медичного забезпечення військ.

Тому рішення з медичного забезпечення військ, що приймається в таких умовах, як правило, охоплює тільки основні, принципові питання організації медичного забезпечення військ в наступному бою, операції (основні завдання медичної служби, приблизні райони розгортання або зосередження підрозділів, частин, закладів медичної служби, загальний порядок їх роботи до початку бойових дій і в ході бою, основні заходи організації евакуації поранених і хворих, перелік і загальний порядок проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів тощо).

При зазначеному методі роботи начальник медичної служби (його орган управління) уточнює прийняте рішення і завершує оформлення плану медичного забезпечення, уточнює завдання підлеглим після ознайомлення з рішенням свого командира (командувача), а також з розпорядженнями старшого начальника медичної служби після завершення планування на їх рівні.

Таким чином, у зв'язку з жорстким лімітом часу при методі паралельної роботи основна увага зосереджується на вирішенні головних завдань, надаючи можливість підлеглим широкої ініціативи у вирішенні інших питань у відповідності з їх обов'язками.

Цей метод вимагає від органів управління завчасного розподілу і особливо чіткого виконання кожним своїх функціональних обов'язків, високої організованості і злагодженості в роботі, суворої дисципліни.

Метод послідовної роботи використовується при тривалих термінах підготовки бою (операції). При цьому методі кожна нижча інстанція розпочинає працювати після прийняття рішення і **завершення планування** у вищій інстанції на основі отриманих виписок з бойового наказу (оперативної директиви).

Начальник медичної служби (його орган управління) включається в роботу після ознайомлення з рішенням командира (командувача), а також розпорядженнями старшого начальника медичної служби. До роботи залучається обмежене коло посадових осіб. Метод послідовної роботи дає можливість готувати у повному обсязі необхідні розрахунково-довідкові дані, ретельно оцінювати різні варіанти рішень. Він значною мірою забезпечує прихованість розробки відповідних заходів. Безумовною цінністю цього методу у роботі є і те, що він дає можливість старшому начальнику медичної служби по закінченню планування активно надавати допомогу підлеглим з планування медичного забезпечення їх підрозділів. Разом з тим, цей метод має і деякі недоліки, основний з яких полягає в тому, що при такій організації роботи процес планування займає надто багато часу. І якщо в роки Великої Вітчизняної війни 1941-1945 рр. вказаний метод був основним і в тих конкретних умовах себе повністю оправдовував, то в сучасних умовах він буде мати більш обмежене використання.

Принципова схема методу послідовної роботи начальника медичної служби бригади подана на рис. 7.4.

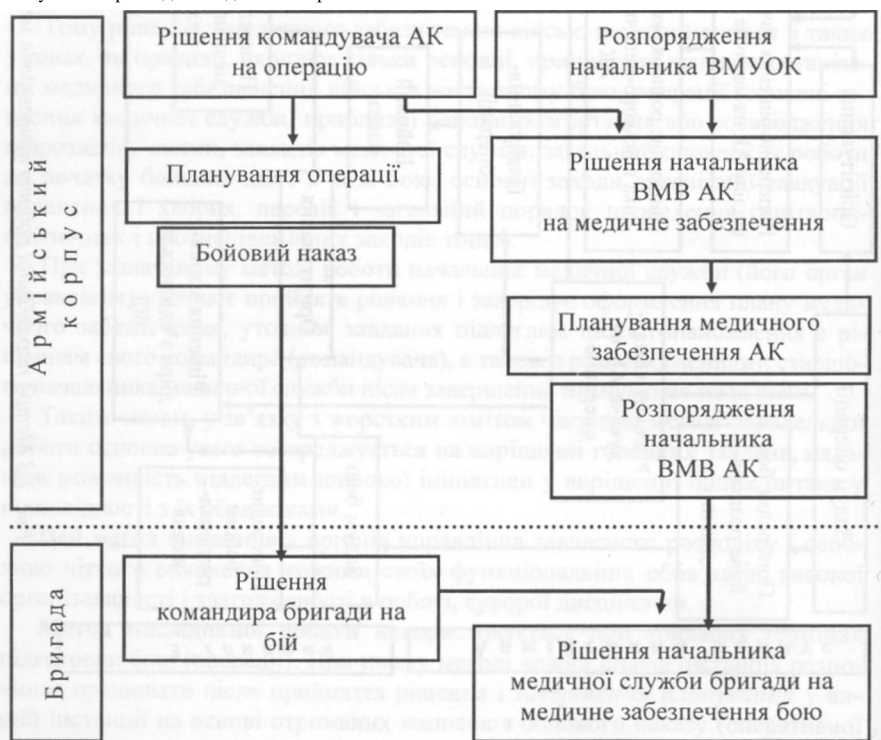


Рис. 7.4. Метод послідовної роботи начальника медичної служби бригади

Порівняльна характеристики методів роботи при плануванні медичного забезпечення військових операцій наведена в табл. 7.1.

Найбільш повну уяву щодо послідовності, змісту, характеру і обсягу діяльності начальника медичної служби (органу управління) можна отримати, коли використовується метод послідовної роботи (рис.7.5).

Робота начальника медичної служби з організації і планування медичного забезпечення військ в бою (операції) починається з **отримання і збору вихідної інформації**.

Начальник (орган управління) медичної служби повинен накопичувати, систематизувати і аналізувати дані обстановки, які являють собою вихідну інформацію для всієї наступної роботи щодо планування і організації медичного забезпечення військ.

Таблиця 7.1

Характеристика методів роботи при плануванні медичного забезпечення військ в бою (операції)

Показники	Послідовний метод	Паралельний метод
Термін підготовки бою (операції)	Тривалий	Обмежений
Початок планування	Після прийняття рішення і завершення планування у вищій інстанції	Після оголошення замислу командира (командувача) і попередніх розпоряджень старшого начальника
Хід планування	Послідовно	Паралельно у всіх інстанціях
Підстава для планування	Витяг з оперативної директиви (бойового наказу)	Усні (письмові) вказівки, розпорядження командира, старших начальників
Обсяг залучення органу управління	Обмежене коло посадових осіб	Всі посадові особи
Забезпечення прихованості роботи	В більшій мірі	В меншій мірі
Тривалість планування	Значна	Незначна
Робота нижчих інстанцій	Чіткий контроль і активна допомога підлеглим в плануванні	Надання широкої ініціативи підлеглим у вирішенні питань за призначеннями

Начальник медичної служби, приступаючи до розробки заходів з медичного забезпечення військ в наступному бою або операції, повинен в першу чергу ознайомитися:

- > з наказом і вказівками командира про наступні бойові дії, а також про завдання медичної служби щодо забезпечення цих дій;

- > з розпорядженнями (вказівками) начальника медичної служби вищої ланки щодо порядку організації медичного забезпечення бойових дій військ;
- > з даними про бойову та медичну обстановку, які будуть впливати на організацію медичного забезпечення військ.

Початковим моментом отримання вихідної інформації є орієнтування, яке проводить командир (командувач) чи начальник штабу частини, бригади (АК). Під час орієнтування начальник медичної служби, як правило, отримує наступні відомості:

- > мету і характер наступного бою (операції); очікуваний бойовий порядок (оперативна побудова) військ і напрямок зосередження основних зусиль;
- > основні дані про противника і його можливий вплив на війська;
- > сили і засоби, що знадобляться частині (бригаді, об'єднанню) для ведення бою (операції), райони і терміни їх прибуття;
- > перелік питань з медичної служби, які необхідні командирю (командувачу) для прийняття рішення;
- > терміни готовності військ до наступного бою (операції);
- > терміни подання начальниками служб (у тому числі і начальником медичної служби) пропозицій щодо організації матеріально-технічного, тилового і медичного забезпечення і планів для їх затвердження.

Розпорядження старшого начальника медичної служби вищої ланки в період підготовки бойових дій можуть містити наступні дані:

- > терміни і порядок прибуття до складу частини (бригади, об'єднання) сил і засобів медичної служби з метою підсилення;
- > терміни, райони і порядок розгортання (розміщення) медичних, санітарно-транспортних частин, лікувальних закладів, що діють в інтересах медичної служби частини (бригади, об'єднання);
- > терміни лікування поранених і хворих в медичних пунктах частин (медичних ротах бригад), військових польових пересувних госпіталях;
- > порядок евакуації поранених і хворих;
- > порядок взаємодії з медичною службою сусідніх частин, з'єднань, об'єднань, місцевими органами охорони здоров'я;
- > порядок і терміни подання донесень тощо.

Відповідальним етапом організації медичного забезпечення військ в наступному бою (операції) є з'ясування начальником медичної служби завдання медичної служби, яке він отримав від командира (командувача) чи начальника штабу під час орієнтування.



Рис. 7.5. Послідовність роботи начальника медичної служби з організації і планування медичного забезпечення військ в бою (операції)

При з'ясуванні завдань медичної служби начальник медичної служби повинен зрозуміти завдання частини (бригади), характер і мету наступних бойових дій, їх розмах, завдання, поставлені перед медичною службою командуванням і начальником медичної служби вищої ланки, строк підготовки медичної служби. При з'ясуванні завдання особлива увага звертається на фактори і умови, які в даній конкретній обстановці можуть суттєво впливати на діяльність медичної служби. Слід зауважити, що виявлені в процесі з'ясування визначальні фактори обстановки глибоко аналізуються і оцінюються в подальшому - при оцінці обстановки.

Розрахунок часу здійснюється після з'ясування завдання і має за мету визначити, яким часом володіє медична служба для підготовки до забезпечення наступних бойових дій і як найраціональніше організувати проведення необхідних підготовчих заходів із врахуванням наявного для цього часу. Розрахунок часу здійснюється у наступному порядку. Спочатку визначається загальний час для підготовки медичної служби до забезпечення наступних бойових дій військ, потім — час, визначений командиром (командувачем), протягом якого начальник медичної служби повинен прийняти і доповісти своє рішення, а також мінімальний час, який необхідний для постановки завдань підлеглим і організації підготовки сил та засобів медичної служби. Загальний бюджет часу обчислюється з моменту орієнтування (отримання завдання) до строку готовності медичної служби. У всіх випадках необхідно передбачити виділення якомога більше часу для підлеглих, залишаючи для своєї особистої роботи лише необхідний мінімум. Розрахунок часу, по суті, є складанням календарного плану роботи на період підготовки до бойових дій.

У результаті з'ясування завдання і розрахунку часу намічаються заходи, на які необхідно звернути особливу увагу при організації медичного забезпечення військ, визначаються невідкладні заходи медичної служби на період підготовки до бою (операції), а також кому і які віддати попередні розпорядження.

Попередні розпорядження видаються з метою надання підлеглим більшого часу для підготовки до забезпечення бойових дій. Зміст необхідних підготовчих заходів залежить від низки умов - характеру попередніх бойових дій, конкретної бойової і медичної обстановки, особливостей ведення бойових дій, санітарно-епідемічної обстановки та інших факторів.

Як правило, в попередніх розпорядженнях визначаються до виконання найбільш термінові та працємісткі заходи, зокрема:

- > звільнення етапів медичної евакуації від поранених;
- > згортання та переміщення сил і засобів медичної служби, їх захист, охорона та оборона;
- > укомплектування підрозділів, частин і закладів медичної служби особовим складом, транспортом, відновлення медичного майна та інших засобів, ремонт техніки;

- > забезпечення всього особового складу військ індивідуальними засобами першої медичної допомоги і навчання користування ними;
- > бойова підготовка особового складу медичної служби;
- > санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи;
- > організація зв'язку тощо.

Перелік заходів, які проводяться медичною службою з підготовки до наступних бойових дій, при необхідності оформляється у вигляді спеціального плану (плану підготовчих заходів).

Оцінка обстановки - це детальний її аналіз за елементами, порівняння і узагальнення даних, отриманих в результаті цього аналізу. Аналіз обстановки дозволяє виявити, в якій мірі ті чи інші умови обстановки будуть впливати на здоров'я та санітарне благополуччя особового складу окремої частини (бригади), на діяльність медичної служби з медичного забезпечення військ і на цій основі визначити конкретні практичні заходи. Оцінка обстановки завершується висновками про заходи, які повинні бути проведені медичною службою при організації медичного забезпечення військ в конкретних умовах обстановки, які складаються в період підготовки і в ході бойових дій.

Методи і послідовність оцінки можуть бути різними і залежать, головним чином, від загального бюджету часу та досвіду роботи начальника медичної служби. При достатній кількості часу та застосуванні методу послідовної роботи найчастіше використовується методика оцінки обстановки **за елементами**, при обмеженій кількості часу на планування і при застосуванні методу паралельної роботи — **комплексна оцінка** обстановки.

Оцінюючи обстановку за елементами, необхідно уникати загальних роздумів і намагатися, виходячи з реальних умов, в кінцевому результаті виявити і сформулювати конкретні рекомендації з медичного забезпечення військ.

При оцінці обстановки за елементами послідовно аналізуються (оцінюються): противник, свої війська і сусіди, місцевість та метеорологічні умови, радіаційна, хімічна і бактеріологічна обстановка, організація тилу, сили і засоби медичної служби.

При **оцінці противника** аналізуються склад (угруповання) його військ, їх озброєння, технічне оснащення, можливості щодо застосування різних засобів ураження, ступінь їх захисту, очікуваний характер дій, санітарно-епідеміологічний стан тощо.

Із відомостей про **свої війська** та сусідів оцінюються: склад; укомплектованість особовим складом і технікою; озброєння і захищеність; існуючі угруповання, їх бойові завдання, характер наступних бойових дій та їх вплив на зміст роботи медичної служби; боездатність особового складу; санітарно-епідемічний стан військ і займаної території; завдання сусідів і порядок взаємодії з ними.

При оцінці бойового завдання військ визначається його глибина, ширина смуги бойових дій (операції), напрямки, на яких зосереджуються основні зусилля. В результаті оцінки угруповань своїх військ та завдань, які вони

будуть виконувати, повинні бути передбачені заходи медичної служби, виявлені умови і способи їх проведення. При аналізі санітарно-епідемічного стану військ враховується інфекційна захворюваність, санітарно-гігієнічні умови як у військах, так і в районі їх розташування.

При оцінці боєздатності особового складу військ обов'язково враховується вишкіл і стан здоров'я військовослужбовців, аналізується ступінь фізичної втоми, стан харчування, сумарна доза опромінення, отримана під час попередніх бойових дій.

У процесі оцінки своїх військ і при співставленні відомостей про них з даними про противника формується уява щодо співвідношення сил в різні періоди бою (операції). Це дозволяє зробити попередній висновок щодо можливої інтенсивності виникнення та характеру санітарних втрат, їх можливого розподілу за напрямками та рубежами, про найбільш важливі умови діяльності медичної служби і доцільні способи використання її сил і засобів. В окремих випадках при оцінці своїх військ виникає можливість накреслити найбільш доцільне угруповання сил і засобів медичної служби до початку бойових дій, а також рубежі розгортання медичних пунктів частин (медичних рот бригад), військових польових пересувних госпіталів під час наступного бою (операції). Кінцеві висновки щодо можливих рубежів найбільш напружених бойових дій, величини і структури санітарних втрат можуть бути зроблені тільки після оцінки місцевості.

При оцінці сусідів аналізується, в якій мірі виконувані ними бойові завдання можуть полегшити або завадити виконанню бойових завдань своєї частини і як це вплине на організацію медичного забезпечення.

Оцінка місцевості здійснюється з метою виявлення її особливостей, які можуть затрудняти або полегшувати бойові дії військ, мати той чи інший вплив на стан здоров'я особового складу, на діяльність медичної служби. В результаті оцінки місцевості здебільшого створюється досить повна уява про характер і вірогідний розвиток наступного бою (операції), що дозволяє більш чітко сформулювати зміст основних заходів з організації медичного забезпечення військ. У процесі оцінки місцевості з'ясовуються умови збору, вивозу поранених на різних рубежах і напрямках дій військ, розгортання етапів медичної евакуації, їх укриття від впливу засобів ураження, намічаються шляхи евакуації, визначаються можливості використання місцевих засобів комунікації, цивільних медичних закладів в інтересах медичної служби.

Оцінка місцевості здійснюється за зонами (ділянками) в наступній послідовності: у наступі - територія, на якій розміщені свої війська, місцевість у районі (смузі) наступних бойових дій, місцевість у глибині району (смуги), яка зайнята противником; в обороні - місцевість, яку займає противник, потім місцевість у районі бойового зіткнення військ, територія, на якій розміщена бригада (частина), і, наприкінці, тиловий район (смуга).

У результаті оцінки противника, своїх військ і місцевості формулюються наступні висновки:

- > вплив місцевості на ефективність використання різних засобів ураження;
- > кінцевий висновок про характер бою (напряга і темп), про можливі рубежі найбільш напружених бойових дій і найбільших втрат, про вірогідний розмір санітарних втрат;
- > умови виносу (вивозу) та евакуації поранених і хворих;
- > можливі рубежі (райони) розгортання медичних пунктів (закладів) та маневр ними, що передбачається;
- > найбільш вигідні шляхи евакуації;
- > санітарно-епідемічний стан району розташування наступних бойових дій та зумовлені цим станом відповідні заходи медичної служби.

Метеорологічні умови, пора року й час доби, як правило, оцінюються одночасно з оцінкою місцевості. При цьому особлива увага приділяється характеру погоди, температурі повітря, опадам, можливим змінам погоди під час бойових дій, напрямку вітру тощо.

Оцінка **радіаційної, хімічної та бактеріологічної (біологічної)** обстановки може здійснюватися як до нанесення противником ядерних, хімічних і бактеріологічних (біологічних) ударів (прогнозування обстановки), так і після їх нанесення.

Оцінка радіаційної, хімічної та бактеріологічної (біологічної) обстановки начальником медичної служби включає:

- > нанесення на карту наявних до початку бою зон з різними рівнями забруднення та визначення вірогідного характеру і масштабу забруднення місцевості радіоактивними та хімічними речовинами, бактеріологічними засобами під час бойових дій;
- > розрахунок доз опромінення, які може отримати особовий склад при діях на забрудненій місцевості, визначення впливу радіоактивного ураження на боєдатність військ і діяльність медичної служби, оцінка можливих санітарних втрат від впливу іонізуючого опромінення;
- > визначення заходів захисту особового складу і організаційних заходів медичної служби, які забезпечують зниження вражаючої дії радіоактивного опромінення.

Дані про місце вибуху і його потужність начальник медичної служби повинен намагатися активно і як можна скоріше отримати в штабі або від підрозділів, які опинилися в районі вибуху.

Оцінка радіоактивної, хімічної та бактеріологічної (біологічної) обстановки з урахуванням даних про противника та свої війська дозволяє зробити висновок про можливий розмір санітарних втрат при дії військ на забрудненій місцевості, про заходи щодо захисту уражених, хворих і підрозділів медичної служби, які знаходяться під безпосередньою загрозою опромінення (забруднення, зараження), про можливі маршрути, способи і терміни подолання забруднених (заражених) ділянок місцевості, про організацію санітарної обробки особового складу військ.

При оцінці **організації тилу частини** (бригади) аналізуються: існуюче розташування тилкових частин і підрозділів, прийнятий та запланований для бою порядок підвозу матеріальних засобів, намічені шляхи підвозу та евакуації і можливості використання зворотних рейсів транспорту підвозу для евакуації поранених і хворих, організацію захисту, охорони та оборони тилу частини (бригади). На основі цієї оцінки уточнюються райони (рубежі) розгортання етапів медичної евакуації.

При оцінці сил і засобів **медичної служби** аналізуються:

- > укомплектованість підрозділів і частин медичної служби особовим складом, транспортом і забезпеченість їх медичним майном; їх злагоженість і бойовий досвід особового складу, стан майна та транспортних засобів;
 - > розташування сил і засобів медичної служби, відповідність цього розташування характеру бойових дій, бойовим завданням частини (бригади) і умовам обстановки;
 - > ступінь заповнення медичних пунктів, медичних рот, лікувальних закладів пораненими і хворими, їх лікувально-евакуаційна характеристика; існуючий порядок медичної евакуації;
- P* можливість використання засобів підсилення та місцевих ресурсів;
- > можливості медичної служби щодо надання медичної допомоги пораненим і хворим та їх евакуації, а також відповідність цих можливостей очікуваному обсягу роботи.

Для того щоб прийняти рішення, яке найбільше відповідає конкретній обстановці, начальник медичної служби здійснює низку розрахунків, які дозволяють судити про обсяг майбутньої роботи, про потребу в силах і засобах медичної служби та про забезпеченість ними.

Основою всіх розрахунків (потреби в засобах збору, виносу (вивозу) поранених, у санітарному транспорті для медичної евакуації, в крові та кровозамінниках, антибіотиках тощо) є дані про можливу величину і структуру санітарних втрат в бою (операції).

Показники можливих санітарних втрат особового складу військ під час проведення бою (операції) слід розраховувати у відповідності з методикою, визначеною Генеральним Штабом Збройних Сил України, на підставі даних, отриманих від командування. Якщо очікувані санітарні втрати визначити неможливо, то планування роботи медичних підрозділів, частин і закладів здійснюється шляхом визначення змісту і обсягу їх роботи при надходженні різної кількості поранених і хворих.

Розрахунок потреби кількості ланок санітарів-носіїв

При розрахунках потреби в засобах збору та виносу (вивозу) поранених з поля бою враховується, що виносу (вивозу) з поля бою підлягає 50% поранених, а решта 50% виходять самостійно.

Потреба в силах та засобах виносу поранених з поля бою (осередків ураження) - кількість ланок санітарів-носіїв — розраховується по формулі:

$$C = \frac{\kappa \cdot CB}{P}, \text{ де}$$

C — кількість ланок санітарів-носіїв, необхідних для вносу поранених з поля бою;

CB — санітарні втрати частини від звичайної зброї противника;

P — продуктивність ланки санітарів-носіїв (за день бою одна ланка санітарів-носіїв може винести 6-8 тяжкопоранених);

A — частка тих, хто потребує вносу;

κ дорівнює 0,5 (тобто вносу з поля бою потребує 50 % загального числа поранених).

Розрахунок потреби кількості санітарних транспортерів

Кількість санітарних транспортерів розраховується по формулі:

$$C = \frac{\kappa \cdot CB}{P}, \text{ де}$$

C — кількість санітарних транспортерів, необхідних для вивозу поранених з поля бою;

CB — санітарні втрати від звичайної зброї;

P — продуктивність одного санітарного транспортера за одиницю часу (за одну годину одним санітарним транспортером можна вивезти 4-10 тяжкопоранених, а за день бою — 36—48);

κ — частка тих, хто потребує вивозу;

κ — дорівнює 0,5 (тобто вивозу з поля бою потребують 50 % загального числа поранених).

Розрахунок потреби кількості санітарних автомобілів:

При проведенні розрахунку потрібно враховувати, що із загальної кількості поранених і хворих, які знаходяться в медичних підрозділах бригади, підлягають евакуації в медичну роту на санітарному транспорті 50-60%, а решта 40-50% поранених і хворих можуть бути евакуйовані транспортом загального призначення.

Кількість санітарних автомобілів, необхідних для евакуації поранених з МПБ до медичної роти, розраховується по формулі:

$$Ca = \frac{\kappa \cdot c \cdot P}{Mc \cdot D}, \text{ де}$$

Ca — потрібна кількість одиниць автомобільного санітарного транспорту;

κ — коефіцієнт потреби в евакуації автомобільним санітарним транспортом (0,5-0,6);

c — можливі санітарні втрати за день бою;

P — плече евакуації (для бригади 20 км);

Mc — евакоємність санітарного автомобіля (УАЗ-3962 - 5 чол.);

D — середня величина добового пробігу санітарного автомобіля (для бригади 100—150 км).

Розрахунок потреби в транспорті загального призначення

Кількість транспорту загального призначення (вантажних автомобілів), необхідного для евакуації поранених з МПБ до медичної роти за день бою, розраховується по формулі (в машинорейсах):

$$T = \frac{\kappa \cdot CB}{M}, \text{ де}$$

T — потреба в транспорті загального призначення;

κ - коефіцієнт потреби (0,4-0,5).

CB - санітарні втрати бригади від звичайної зброї;

M - евакуємність вантажного автомобіля (в середньому - 12-15 чол.).

Розрахунок кількості лікарських бригад, необхідних для надання першої лікарської допомоги

Кількість лікарських бригад, необхідних для надання першої лікарської допомоги пораненим звичайною зброєю, в повному обсязі розраховується за формулою:

$$Лбр = \frac{CB \cdot T_1 \cdot \kappa}{T}, \text{ де}$$

$Лбр$ — потреба в лікарських бригадах;

CB - кількість санітарних втрат від звичайної зброї противника;

T_1 - час, необхідний для надання допомоги одному пораненому (20 хв. або 0,3 години);

κ - частка тих, хто потребує надання медичної допомоги (40% - в повному обсязі від числа поранених і хворих, що надійшли);

T — тривалість роботи лікарських бригад за добу (16 годин).

Кількість хірургічних бригад, необхідних для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим в медроті:

Кількість хірургічних бригад, необхідних для надання кваліфікованої хірургічної допомоги пораненим в медроті по невідкладним показанням розраховується по формулі:

$$Хбр = \frac{CB \cdot \kappa \cdot T_1}{T}, \text{ де}$$

$Хбр$ — потреба в хірургічних бригадах;

CB — санітарні втрати від звичайної зброї противника;

κ - частка тих, хто потребує кваліфікованої хірургічної допомоги (12-15% - в скороченому обсязі за життєвими показаннями, 35% - в скороченому обсязі, 50% - в повному обсязі від звичайної зброї);

T_1 — час, необхідний для надання кваліфікованої хірургічної допомоги одному пораненому (до 1,5 год.);

T — тривалість робочого дня хірурга (16 год.).

Кількість терапевтичних бригад, необхідних для надання кваліфікованої медичної допомоги ураженим СДОР та ОР в медроті:

Кількість терапевтичних бригад, необхідних для надання кваліфікованої терапевтичної допомоги ураженим і хворим в медроті по невідкладним показанням розраховується по формулі:

$$T_{бр} = \frac{CB \cdot k \cdot T^1}{T}, \text{ де}$$

$T_{бр}$ - потреба в терапевтичних бригадах;

CB — санітарні втрати від ураження сильнодіючими отруйними речовинами;

k — частка тих, хто потребує кваліфікованої терапевтичної допомоги (70-100%);

T^1 — час, необхідний для надання кваліфікованої терапевтичної допомоги одному ураженому (0,1 години);

T - час, на протязі якого кваліфікована терапевтична допомога повинна надаватись всім ураженим (2 години).

Розрахунок потреби різних трансфузійних рідин для надання медичної допомоги та лікування пораненим в медроті:

Для надання медичної допомоги та лікування поранених звичайною зброєю в медроті потрібно різних трансфузійних рідин 0,6 л на одного пораненого, з них крові — 15 %; плазми - 15 %, колоїдних розчинів — 30 % та кристалічних розчинів - 40 %.

Розрахунок потреби у медичному майні

Здійснюється, головним чином, в розрахунково-постачальницьких одиницях (РПО) та комплектах спеціального призначення. Розраховується з врахуванням величини і структури можливих санітарних втрат, завантаження етапів медичної евакуації, встановлених для них видів та обсягів медичної допомоги та ін.

Потреба в комплектах розраховується по формулі:

$$P_{зд} = \frac{CB \cdot K_{зд}}{P}, \text{ де}$$

$P_{зд}$ - потреба в комплектах для надання першої лікарської допомоги;

CB — величина можливих санітарних втрат від видів зброї, при ураженнях якою використовується вміст комплекту;

$K_{зд}$ - коефіцієнт потреби (частина поранених та хворих від величини CB , яким для надання першої лікарської допомоги потребується комплект);

P — розрахункові можливості одного комплекту з надання медичної допомоги.

Аналогічно розраховується потреба в комплектах спеціального призначення, які необхідні для надання кваліфікованої медичної допомоги ($P_{кмд}$).

$$P_{кмд} = \frac{CB \cdot K_{кмд}}{P}$$

Орієнтовні значення для коефіцієнта потреби в комплекті та можливостей одного комплекту подані в табл. 7.2.

Таблиця 7.2

Дані для розрахунку потреби в комплектах спеціального призначення для надання медичної допомоги

Показники	Комплекти									
	Б-1	Б-2	Б-3	Б-4	БГ	РО-1	РО-2	АНТ	ЛУЧ	ОВ
$K_{зд}$	1,0	0,3	0	0,4	0	1,0	0	0	0	0
$K_{кмд}$	1,0	0,1	0,4	0,2	0,05	0	1,0	1,0	0,5	1,0
P	100	50	100	100	12	200	200	500	200	200

Для прийняття рішення і планування медичного забезпечення військ відповідному органу управління медичної служби необхідні наступні основні розрахункові дані:

- > величина і структура санітарних втрат, їх розподіл за днями операції та завданнями військ;
- > потреба у транспортних засобах (підрозділах) для евакуації поранених з ВППГ у госпітальні бази — за днями операції;
- > потреба у загальній кількості госпітальних ліжок і в ліжках кожного профілю на окремих евакуаційних напрямках в різні періоди операції;
- > потреба в медичному майні спеціального призначення;
- > потреба в крові, її препаратах і замінниках.

Усі розрахункові дані щодо потреби в силах і засобах медичної служби співставляються з їх наявністю і можливостями, тобто з'ясовується ступінь достатності цих сил та засобів. В подальшому визначаються заходи, що спрямовані на поповнення нестачі сил і засобів (поповнення некомплекту, отримання засобів підсилення від начальника медичної служби вищої ланки, від командира тощо), або встановлюється черговість робіт тими засобами, які є в наявності.

Після оцінки сил і засобів медичної служби робляться наступні **висновки**:

- > забезпеченість силами і засобами медичної служби, їх стан і готовність до виконання наступних завдань; очікувана потреба в засобах підсилення; заходи, які витікають з цього;
- > відповідність існуючого угруповання сил і засобів медичної служби бойовому завданню, яке поставлено частині (з'єднанню);
- > необхідні заходи щодо зміни місця розташування етапів медичної евакуації.

Оцінка сил і засобів медичної служби дозволяє встановити обсяг медичної допомоги та потребу в силах і засобах медичної служби у відповідності з величиною і структурою очікуваних санітарних втрат, визначити найбільш доцільні угруповання сил і засобів медичної служби з урахуванням характеру наступного бою (операції) і можливих санітарних втрат.

Під час оцінки обстановки визначаються питання, які підлягають узгодженню з начальниками інших служб:

- > з **начальником інженерної служби** - терміни і обсяг виконання інженерних робіт щодо укриття медичних підрозділів, етапів медичної евакуації від уражаючої дії різних видів зброї, обладнання шляхів евакуації, обладнання пунктів водопостачання та інше;
- > з **начальником служби радіаційного, хімічного та біологічного захисту** - забезпечення особового складу індивідуальними засобами захисту (протигазами, загальновійськовими захисними комплектами); забезпечення медичних підрозділів, частин і закладів приборами хімічної розвідки та дозиметричною апаратурою; порядок здійснення радіаційної та хімічної розвідки у районах розташування військ і порядок отримання даних цієї розвідки; організацію дозиметричного контролю опромінення особового складу; організацію та проведення спеціальної обробки особового складу; порядок проведення заходів, щодо захисту частин та закладів медичної служби від ЗМУ;
- > з **начальником зв'язку** - забезпечення технічними засобами зв'язку медичних підрозділів, частин, закладів; виділення ліній зв'язку та визначення позивних для потреб медичної служби; порядок підключення до лінійних та радіомереж;
- > з **начальниками служб тилу** узгоджуються питання розміщення тилових підрозділів і частин у тилевій смузі; організації евакуації поранених і хворих зворотними рейсами транспортних засобів загального призначення, забезпечення частин і закладів медичної служби продовольством, речовим майном, паливно-мастильними матеріалами, майном квартирно-експлуатаційної служби (КЕС) тощо;
- > з **начальниками медичної служби приданих частин (підрозділів)** — використання їх сил та засобів під час бою та в осередках масових санітарних втрат при ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження.

На основі оцінки обстановки і виконаних в цей час розрахунків, начальник медичної служби робить висновки. Вони носять узагальнюючий характер і у відповідності з рішенням командира (командувача), а також вказівками начальника медичної служби вищої ланки, повинні бути покладені в основу рішення з організації медичного забезпечення військ. У загальних висновках відображаються наступні елементи майбутньої організації медичного забезпечення:

- > найважливіші умови діяльності та основні завдання медичної служби в наступному бою (операції);
- > укомплектованість медичної служби, в тому числі враховуються придані сили і засоби;
- > основні заходи з підготовки медичної служби до наступного бою (операції);

- > можлива величина та структура санітарних втрат під час бою (операції);
- > можливий обсяг роботи медичної служби (який визначається величиною та структурою очікуваних санітарних втрат, кількістю поранених і хворих, які можуть надійти на ті чи інші етапи медичної евакуації, кількістю тих, хто потребує евакуації тощо); потреба в силах і засобах медичної служби та забезпеченість ними;
- > найбільш доцільне розташування (угруповання) сил і засобів медичної служби до початку бойових дій і намічений маневр ними під час бою (операції);
- > основні положення щодо організації лікувально-евакуаційного та санітарно-епідеміологічного забезпечення, а також заходи медичної служби щодо захисту особового складу військ від засобів масового ураження;
- > організація забезпечення медичних підрозділів, частин і лікувальних закладів медичним майном і технікою;
- > організація захисту, охорони та оборони медичних підрозділів, частин і закладів;
- > загальний висновок про здатність медичної служби виконати поставлені завдання;
- > необхідна допомога командування і старшого начальника медичної служби.

Викладена методика оцінки обстановки може бути використана в різні періоди роботи начальника медичної служби з прийняття рішення на медичне забезпечення військ. Але при наявності достатнього досвіду штабної роботи та в інтересах економії часу вищенаведена методика з послідовним детальним аналізом всіх елементів обстановки може бути змінена. Це особливо важливо при оцінці обстановки під час бою, коли дефіцит часу, як правило, найбільш відчутний, а зміни здебільшого стосуються не всіх умов обстановки, а лише окремих з них. В таких випадках здійснюється комплексна оцінка обстановки. При цьому, в інтересах вирішення того чи іншого конкретного завдання медичної служби виявляються і одночасно оцінюються, як взаємопов'язані, всі умови, що впливають на їх виконання. Така методика дозволяє зразу знайти найбільш раціональні заходи для вирішення даного завдання, не відволікаючись на проведення аналізу умов, які в даному конкретному випадку не мають вирішального значення. Таким чином, при комплексній оцінці обстановки аналізується в інтересах елементів наступного рішення на медичне забезпечення військ в бою (операції), без врахування інколи і важливих, але окремих деталей. Такими елементами рішення при комплексній оцінці обстановки є:

- > основні завдання медичної служби і умови медичного забезпечення в наступному бою (операції);

- > можливі величина і структура санітарних втрат військ в бою (операції), їх розподіл за евакуаційними напрямками і співставлення з можливостями медичної служби;
- > найраціональніші угруповання сил і засобів медичної служби до початку бою (операції) і порядок евакуації поранених і хворих під час бою (операції);
- > можливі варіанти маневру силами і засобами медичної служби під час бою (операції), резерв, необхідний для його здійснення;
- > порядок управління силами і засобами медичної служби в бою (операції);
- > необхідна допомога зі сторони командування і старшого начальника медичної служби.

В управлінській вертикалі медичної служби, починаючи з військово-медичного відділу армійського корпусу і вище, оцінка обстановки здійснюється начальником медичної служби за участю спеціалістів і офіцерів органів управління. Останні готують довідки (про місцезнаходження, стан, укомплектованість особовим складом, технікою і майном медичних частин і закладів, завантаженість етапів медичної евакуації пораненими і хворими, санітарно-епідемічний і санітарно-гігієнічний стан військ та займаної ними території тощо), здійснюють розрахунки очікуваних санітарних втрат, потребу в госпітальних ліжках, транспортних засобах для евакуації поранених і хворих, крові та її замінників, оформляють карту, на яку наносяться дані оперативної, тилової та медичної обстановки. Головні медичні спеціалісти виконують необхідні розрахунки для визначення обсягу медичної допомоги пораненим і хворим на різних етапах медичної евакуації, готують вказівки за своєю спеціальністю.

Зроблені начальником медичної служби (органом управління) висновки з оцінки обстановки беруться за основу для формулювання рішення з організації медичного забезпечення військ в наступних бойових діях і проведенні підготовчих заходів медичної служби. Кожний начальник медичної служби повинен завжди бути готовим в усній або письмовій формі коротко і чітко доповісти командирі (командувачу) та начальнику медичної служби вищої ланки обстановку, висновки з її оцінки, стан підпорядкованих йому сил і засобів, а також пропозиції щодо організації медичного забезпечення військ, тому що такі відомості можуть бути їм потрібні в період планування і організації бойових дій (операції) чи їх медичного забезпечення.

Конкретний зміст такої доповіді з медичної служби визначається умовами обстановки.

Так, у доповіді командирі частини начальник медичної служби викладає наступні основні заходи з медичного забезпечення наступного бою:

- > стан здоров'я особового складу частини;
- > можливі санітарні втрати у наступному бою;
- > забезпеченість силами і засобами медичної служби;

- > організація заходів лікувально-евакуаційного забезпечення;
- > організація заходів санітарно-епідеміологічного забезпечення;
- > організація заходів щодо захисту особового складу від зброї масового ураження;
- > організація забезпечення підрозділів частини медичним майном;
- > управління медичною службою;
- > необхідна допомога з боку командування;
- > загальний висновок щодо готовності медичної служби.

На підставі з'ясування отриманого завдання, оцінки обстановки і проведених розрахунків начальник медичної служби приймає рішення на організацію медичного забезпечення наступних бойових дій. У рішенні визначаються:

- > завдання медичної служби;
- > можливі санітарні втрати;
- > організація лікувально-евакуаційного забезпечення: організація розшуку поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги, їх збору, вивозу (виносу) з поля бою;
 - o місце і строк розгортання медичних підрозділів, частин і лікувальних закладів до початку бою, їх переміщення під час бою;
 - o обсяг медичної допомоги в медичних підрозділах і лікувальних закладах;
 - o забезпечення безперервності в наданні першої лікарської допомоги;
 - o організація евакуації поранених і хворих з підрозділів, частин у медичні підрозділи та лікувальні заклади (шляхи і порядок евакуації, виділені транспортні засоби (підрозділи);
 - o підготовка поранених і хворих до евакуації за призначенням у госпітальну базу;
 - o розподіл сил і засобів медичної служби (підсилення підрозділів засобами збору та евакуації поранених і хворих, особовим складом, медичним майном), маневр ними під час бойових дій;
 - o склад, місце і порядок використання резерву сил і засобів медичної служби;
- > організація санітарно-епідеміологічного забезпечення (засоби, які виділяються для проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів);
- > організація заходів медичної служби щодо захисту особового складу від зброї масового ураження, захист підрозділів, частин і закладів медичної служби;
- > організація забезпечення медичним майном, медичною технікою, кров'ю і кровозамінниками;
- > організація управління медичною службою (порядок зв'язку з підлеглими і приданими підрозділами, частинами і закладами, строки подання донесень, місце начальника медслужби, його заступник).

План медичного забезпечення військ, порядок його оформлення. На підставі прийнятого рішення начальник (орган управління) медичної служби здійснює планування медичного забезпечення бойових дій.

Прийняття рішення і планування медичного забезпечення - два взаємопов'язаних завдання, близьких за своїм змістом. Планування медичного забезпечення — це детальна розробка прийнятого рішення, проведення необхідних розрахунків і розробки документів управління. Планування медичного забезпечення виконується начальником медичної служби (органом управління) з метою уточнення заходів медичного забезпечення, послідовності, термінів і способів їх виконання, визначення виконавців.

Планування повинно забезпечувати: повне і ефективне використання можливостей медичної служби; зосередження сил і засобів медичної служби на виконання головного завдання; узгодження зусиль медичної служби з іншими службами бойового (технічного, тилового) забезпечення, державними органами охорони здоров'я; здійснення гнучкого маневру силами і засобами; підтримання боєздатності органів управління і медичної служби в цілому.

Прийняте рішення оформляється у вигляді **плану медичного забезпечення частини (бригади, армійського корпусу, військ оперативного командування) в бою (операції)**. Це основний документ начальника медичної служби, який координує дії всіх штатних і приданих сил і засобів медичної служби при підготовці і в ході медичного забезпечення військ в бою (операції).

План медичного забезпечення військової частини, бригади, об'єднання в бою (операції) підписується відповідним начальником медичної служби і затверджується командиром (командувачем).

План медичного забезпечення є основним документом планування діяльності медичної служби частини (бригади, об'єднання). Цей план оформляється на робочій карті, де умовними знаками наносяться: лінія фронту (передній край оборони); необхідні дані про противника; положення і завдання своїх військ; розмежувальні лінії підрозділів (частин) та тилової смуги (якщо вона визначається); час і місця (райони) розміщення і переміщення тилових підрозділів (частин), а також підрозділів, частин і закладів медичної служби, як безпосередньо підпорядкованих так і на ступінь нижче; сили і засоби вищої ланки медичної служби, що діють в інтересах частини (бригади, об'єднання); шляхи підвозу та евакуації поранених і хворих; пункти управління та інші дані в обсязі, необхідному для управління медичним забезпеченням.

Питання організації медичного забезпечення, які не можуть бути зображені графічно (наприклад, основні санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи, організація забезпечення медичним майном тощо), викладаються у вигляді тексту (пояснювальної записки). Окрім тексту, пояснювальна записка містить розрахунково-інформаційні таблиці про можливі са-

нітарні втрати, потребу в силах і засобах медичної служби та забезпеченість ними.

Пояснювальна записка, як правило, складається з семи розділів. У першому розділі викладаються найважливіші завдання медичної служби частини (бригади, об'єднання), які витікають з рішення командира (команду-, вача), вказівок старшого начальника медичної служби, а також з характеру і особливостей наступного бою (операції), організації тилу, умов діяльності і наступного обсягу роботи медичної служби. Форма викладу вільна. Завдання повинні відображати специфіку медичного забезпечення в даному бою (операції). При плануванні першої операції враховуються заходи щодо приведення медичної служби в різні ступені бойової готовності, щодо формування нових частин і закладів медичної служби, їх використання для забезпечення відмобілізування військ.

У другому розділі пояснювальної записки, який оформляється у вигляді таблиць, подаються дані про можливу величину і структуру санітарних втрат за видами зброї та завданнями (періодами) бою (операції) або ешелонами бойового порядку (оперативної побудови) військ (сил).

У третьому розділі пояснювальної записки визначається організація і зміст лікувально-евакуаційного забезпечення:

- > потреба і забезпеченість силами і засобами медичної служби;
- > порядок збору поранених (хворих), надання їм першої медичної допомоги, організація вносу (вивозу) їх з поля бою;
- > обсяг медичної допомоги і терміни лікування в медичних пунктах, медичних ротах, лікувальних закладах (госпітальних базах);
- > організація лікувально-евакуаційних заходів (кількість евакуаційних напрямків, заходи, які забезпечують безперервність в наданні медичної допомоги у встановленому обсязі тощо);
- > рубежі (райони), місця та терміни розгортання медичних підрозділів, частин і закладів, порядок їх висування (склад, ліжкова місткість, райони і терміни розгортання госпітальних баз перед початком і в ході операції);
- > порядок і організація медичної евакуації поранених і хворих;
- > розподіл сил і засобів медичної служби (в тому числі, і санітарно-транспортних засобів), місце та терміни їх зосередження і порядок перерозподілу їх в бою (операції);
- > порядок медичного забезпечення другого ешелону військ при проведенні контратаки (висуванні та уведенні в бій);
- > склад, місце зосередження і порядок використання резерву сил і засобів медичної служби, маневр силами і засобами медичної служби під час бойових дій;
- > порядок постачання крові та її препаратів.

Питання, які викладаються в цьому розділі пояснювальної записки, оформляються текстуально і у вигляді відповідних розрахункових таблиць.

Четвертий розділ пояснювальної записки присвячується санітарно-епідеміологічному забезпеченню. Тут дається оцінка санітарно-гігієнічного і санітарно-епідемічного стану своїх військ та займаного ними району, військ противника і території, де будуть вестися бойові дії, а також порядок проведення медичної розвідки, сили і засоби, що виділяються для виконання цього завдання; перелік основних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, засоби, що виділяються для їх проведення, та терміни виконання. Основні санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи можуть подаватися у вигляді таблиць.

Зміст заходів залежить від конкретної обстановки і може містити: санітарно-епідеміологічну розвідку і епідеміологічний нагляд; заходи щодо попередження занесення інфекційних захворювань у війська поповненням, від місцевого населення і військовополонених, з природних осередків; заходи щодо локалізації і ліквідації виявлених епідемічних осередків; санітарний нагляд за умовами військової праці, виконанням санітарно-гігієнічних норм і правил лазнево-прального обслуговування особового складу; заходи, спрямовані на попередження захворювань, пов'язаних з погіршенням санітарно-гігієнічного стану території, умов розташування і побуту військовослужбовців; резерв сил і засобів для проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

У п'ятому розділі пояснювальної записки вказуються основні заходи медичної служби щодо захисту особового складу військ, а також медичних підрозділів, частин і закладів від зброї масового ураження.

Тут розглядаються основні заходи щодо захисту, охорони і оборони підрозділів, частин і закладів медичної служби (порядок оповіщення частин і закладів медичної служби; обсяг і черговість інженерного обладнання місця (району) розгортання підрозділів, частин і закладів медичної служби; протипожежні заходи, організація охорони і оборони підрозділів, частин і закладів медичної служби).

Основні заходи медичної служби щодо захисту військ від зброї масового ураження також можуть подаватися у вигляді таблиці.

У шостому розділі пояснювальної записки викладаються питання забезпечення військ медичним майном і технікою, які включають:

- > порядок доукомплектування медичним майном і технікою військ до встановлених норм до початку бою (операції);
- > порядок забезпечення медичним майном медичних підрозділів, частин та закладів для надання допомоги пораненим і хворим;
- > організація і порядок підвезення медичного майна військам, медичним підрозділам, частинам та лікувальним закладам під час бою (операції);
- > резерв медичного майна;
- > розміри і розташування запасів, місце, терміни розгортання і порядок переміщення медичних складів оперативних об'єднань;

- > організація постачання медичним киснем;
- > організація ремонту медичного майна і техніки, порядок використання місцевих ресурсів і трофейного майна.

Розрахункові дані щодо потреби і забезпечення медичним майном спеціального призначення і киснем під час операції заносяться у відповідні таблиці.

У цьому розділі пояснювальної записки наводяться дані з рішення щодо організації надійного і прихованого управління силами і засобами медичної служби в наступному бою (операції):

- > місце начальника медичної служби, його заступника (розташування органів управління медичної служби і порядок їх переміщення під час операції; оперативні групи, їх завдання);
- > організація і порядок здійснення зв'язку (схема радіозв'язку, порядок використання лінійних, радіо- та пересувних засобів зв'язку);
- > заходи щодо організації взаємодії медичної служби з іншими службами бойового, тилового і технічного забезпечення, медичною службою сусідніх військ (сил), з місцевими органами охорони здоров'я;
- > порядок і терміни подання донесень з медичної служби тощо.

В органах управління медичної служби від армійського корпусу і вище в доповнення до плану медичного забезпечення військ в операції готуються вказівки головних медичних спеціалістів. У необхідних випадках, крім того, можуть розроблятися календарний план або графік проведення заходів щодо підготовки медичної служби до операції та інші документи.

Матеріали з медичної служби, що подаються в документи управління військами. В інтересах чіткої організації і здійснення медичного забезпечення найбільш важливі положення рішення начальника медичної служби відображаються в бойовому наказі командира (командувача). Начальник медичної служби подає матеріали з медичної служби в документи управління військами, де викладає дані, які необхідні командирам різних рівнів у їх діяльності з організації медичного забезпечення військ.

Для розділу з медичного забезпечення бойового наказу надаються наступні відомості:

- > місця розгортання етапів медичної евакуації на початок бою та маневр ними під час бою;
- > обсяг медичної допомоги на етапах медичної евакуації;
- > організація збору та порядок евакуації поранених і хворих;
- > засоби підсилення нижчої ланки медичної служби;
- > резерв сил і засобів медичної служби на початок бою та порядок його використання в ході бою;
- > основні заходи медичної служби щодо захисту особового складу від зброї масового ураження;
- > організація санітарно-епідеміологічного забезпечення;
- > заходи щодо захисту підрозділів, частин і закладів медичної служби, проведення яких потребує рішення командування;

- > порядок забезпечення медичним майном;
- > допомога медичній службі з боку командування та інших служб.

Постановка завдань підлеглим і проведення контролю їх виконання. Успіх в реалізації прийнятого рішення забезпечується перш за все підготовкою підлеглих об'єктів управління до виконання визначених завдань. Це досягається своєчасним доведенням до них прийнятого рішення. Після затвердження плану медичного забезпечення командиром (командувачем) начальник медичної служби частини, бригади (об'єднання) ставить завдання підлеглим (начальникам медичних служб), медичним підрозділам, частинам, лікувальним закладам.

Завдання підлеглим ставляться шляхом видання розпоряджень по медичній службі. Об'єкти управління повинні отримувати такий обсяг інформації, який дозволив би їм успішно виконати поставлені перед ними завдання. Розпорядження повинні бути стислими, чіткими, забезпечувати правильне розуміння кожного положення рішення і виключати необхідність додаткового роз'яснення. Об'єктам управління слід чітко визначити: кому, коли, що й де необхідно виконати.

Завдання підлеглим начальник може ставити безпосередньо при виїзді до них або виклику до себе, а також шляхом відправки відповідних документів і передачі розпоряджень через технічні засоби зв'язку. Всі усні розпорядження, отримані від старших начальників і віддані усно, необхідно записувати у спеціальний журнал або робочий зошит.

Так, начальник медичної служби бригади ознайомлює підлеглих (начальників медичних пунктів батальйонів, медичної роти бригади) з бойовим завданням бригади та завданням медичної служби, можливими санітарними втратами та забезпеченістю силами і засобами медичної служби, а також визначає:

- > порядок вивозу (виносу) та евакуації поранених і хворих;
 - > місце і термін розгортання медичних пунктів батальйонів, медичної роти бригади та передбачуване пересування їх під час бою;
 - > обсяг медичної допомоги;
 - > сили та засоби підсилення;
 - > склад, місце та порядок використання резерву;
 - > основні санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи;
 - > основні заходи медичної служби із захисту особового складу бригади від зброї масового ураження;
 - > порядок забезпечення медичним майном;
- У порядок зв'язку та подання донесень.

Успішній підготовці медичної служби буде сприяти не тільки видання попередніх розпоряджень, а й використання формалізованих документів, особисті короткі переговори через технічні засоби зв'язку, постановка завдань перш за все тим об'єктам управління, які повинні виконати найбільший обсяг робіт або мають найменший ліміт часу.

Під час підготовки сил і засобів медичної служби до забезпечення бойових дій обов'язково розробляються питання взаємодії між підрозділами, частинами і закладами медичної служби як штатними, так і приданими. Зміст взаємодії полягає в узгоджених діях всіх сил і засобів медичної служби, що забезпечують бойові дії, за завданнями, напрямками, етапами та часом в інтересах вчасного, послідовного та спадкоємного проведення пораненим і хворим необхідних лікувально-евакуаційних заходів. Взаємодію організує старший начальник медичної служби. Так, начальник медичної служби бригади визначає взаємодію між медичними пунктами батальйонів (дивізіонів), медичною ротою бригади і виділеними засобами підсилення. Як правило, воно стосується питань евакуації поранених і хворих з осередків масових санітарних втрат до етапів медичної евакуації, створення постів санітарного транспорту, використання штатних і приданих санітарно-транспортних засобів, спадкоємності медичної розвідки та ін.

Загальна мета контролю начальником медичної служби зводиться до перевірки готовності підлеглих підрозділів, частин, закладів до медичного забезпечення бойових дій та результатів виконання ними поставлених завдань (наказів, розпоряджень, вказівок) з одночасним наданням їм практичної допомоги. Контроль підлеглих може здійснюватися: виїздом посадових осіб (візуальне спостереження); вивченням усних чи письмових доповідей, донесень, умовних сигналів, переданих через засоби зв'язку; прямими переговорами по каналах зв'язку; поєднанням зазначених методів. Найбільш ефективним методом є особистий контроль начальника медичної служби. Під час контролю виконання поставлених завдань необхідно не тільки виявляти недоліки, а й глибоко вивчати, узагальнювати та впроваджувати у практику позитивний досвід роботи.

Таким чином, для забезпечення управління медичною службою відпрацьовуються певні документи, які називаються "документами управління медичною службою": план медичного забезпечення, розпорядження, накази, директиви. Поряд з основними документами управління можуть розроблятися й інші: план підготовчих заходів; план рекогносцирування; план протиепідемічних заходів; план охорони, оборони і захисту підрозділів, частин і закладів; схема зв'язку та ін.

7.3. Управління медичною службою в ході бойових дій. Форми маневру силами та засобами медичної служби. Порядок підтримання зв'язку з підлеглими, штабом і старшим медичним начальником

У ході бою начальник медичної служби повинен спрямувати підпорядковані йому сили і засоби на своєчасну і безперервну реалізацію всіх заходів, передбачених планом медичного забезпечення. При цьому необхідно пам'ятати, що маневровий характер бойових дій і пов'язана з цим різка зміна обстановки, а також одномоментне виникнення масових санітарних

втрат можуть призводити до невідповідності раніше встановленого порядку медичного забезпечення завданням, які виникають перед медичною службою в ході бойових дій. Тому в організацію медичного забезпечення військ необхідно постійно вносити корективи у відповідності зі зміною бойової, тилової і медичної обстановки. Дефіцит часу виключає детальну оцінку обстановки в ході бойових дій і змушує здійснювати її за скороченою схемою, з аналізом мінімальної кількості факторів, без урахування яких не можна прийняти обґрунтоване рішення. Це рішення передбачає, як правило, здійснення чіткого маневру силами і засобами медичної служби та вміле використання їх резерву, що під час бою набуває вирішального значення.

Під маневром силами і засобами медичної служби розуміють проведення заходів, спрямованих на найбільш раціональне використання цих сил і засобів при виконанні завдань, які виникають перед медичною службою при зміні умов обстановки.

У залежності від наявності і характеру сил і засобів, які використовуються для маневру, а також від умов обстановки розрізняють маневр розгорнутими і резервними медичними підрозділами та лікувальними закладами, особовим складом медичної служби, санітарно-транспортними і санітарно-епідеміологічними засобами, медичним майном. Своєрідним видом маневру є зміна обсягу медичної допомоги на етапах медичної евакуації, а також переключення потоку поранених і хворих з одного лікувального закладу (медичного пункту) або лікувально-евакуаційного напрямку на інші.

Основними видами маневру є:

- > висування і розгортання медичних підрозділів частин і закладів в іншому районі;
- > групове розгортання однотипних етапів медичної евакуації;
- > маневр поділом (розгортання автоперев'язочної);
- > маневр перекатом (почергове розгортання кількох однотипних етапів медичної евакуації);
- > маневр підміною (розгортання медичного підрозділу, частини, закладу, де працюють інші медичні підрозділи (частини, заклади) та прийом на себе їх поранених і хворих;
- > маневр потоками поранених і хворих (розподіл поранених і хворих між етапами медичної евакуації).

Велике значення для своєчасного і безперервного медичного забезпечення військ має також завчасно створений, систематично відновлюваний і правильно використовуваний резерв сил і засобів медичної служби.

Під резервом розуміють сили і засоби медичної служби, які не використовуються в даний момент і призначені для вирішення завдань медичного забезпечення військ у зв'язку зі змінами обстановки.

Резерв сил і засобів медичної служби використовується:

- У для розгортання медичних пунктів і лікувальних закладів в нових районах;

- > для підсилення нижчих ланок медичної служби;
- > для підсилення розгорнутих і працюючих сил і засобів медичної служби;
- > для заміни підрозділів медичної служби, які вийшли з ладу.

До складу резерву можуть включатися: медичні пункти; лікувальні заклади; санітарно-транспортні і санітарно-епідеміологічні підрозділи, частини і заклади; медичне майно тощо. Резервні сили і засоби медичної служби зосереджуються як можна ближче до військ або до тих районів, де вони можуть бути використані. Резервним силам і засобам завчасно ставиться лише загальне орієнтування щодо їх призначення і можливого порядку використання, а конкретні завдання, як правило, ставляться безпосередньо перед введенням їх в дію.

Начальник медичної служби повинен намагатися здійснювати безпосереднє керівництво підпорядкованими підрозділами, частинами і закладами медичної служби, знаходячись там, де його присутність найбільш корисна для справи і, в той же час, він не повинен втрачати можливості керівництва службою в цілому. У всіх випадках для збереження безперервності і своєчасності в керівництві підпорядкованими силами і засобами медичної служби особливе значення має постійний, добре налагоджений зв'язок начальника служби з підлеглими. У залежності від умов конкретної обстановки для управління силами і засобами медичної служби використовуються різні засоби зв'язку. Основними з них є:

- У штатні засоби радіозв'язку медичної служби, телефонний і телеграфний зв'язки;
- > загальновійськові засоби зв'язку, які виділяються у розпорядження медичної служби (радіостанції, телефон, телеграф);
 - зв'язок за допомогою санітарного транспорту;
 - зв'язок через виділених спеціально для цього осіб (посильні, офіцери зв'язку).

Безперебійний зв'язок з підлеглими, штабом та іншими службами, постійна обізнаність про обстановку і особиста присутність на найбільш відповідальних ділянках дають начальнику медичної служби можливість забезпечити виконання завдань медичної служби в найскладніших умовах обстановки.

Начальник медичної служби бригади може найбільш успішно впливати на медичне забезпечення бригади в цілому, знаходячись на командному пункті бригади.

Разом з тим і начальник медичної служби бригади повинен систематично бувати в підрозділах при виникненні тих чи інших ускладнень, які вимагають його особистого втручання.

У ході бойових дій можливе порушення управління медичною службою. Відновлення порушеного управління здійснюється з метою забезпечення

безперервності проведення лікувально-евакуаційних та інших заходів медичної служби і включає:

- > відновлення зв'язку з підпорядкованими підрозділами і частинами медичної служби;
- > збір даних і оцінку стану боєздатності частин і підрозділів медичної служби, які опинилися в районах використання противником засобів масового ураження; аналіз інформації, що поступає з підрозділів і частин, які опинилися в осередках масових санітарних втрат, про оперативно-тактичну, тилову та медичну обстановку;
- > призначення наказом нових посадових осіб замість тих, які вибули з ладу;
- > уточнення попередніх або постановка нових завдань підрозділам та частинам медичної служби у відповідності з обстановкою, яка склалася;
- > визначення місця (району) і часу (терміну) відновлення боєздатності підрозділів, частин і закладів медичної служби у випадку її втрати.

Таким чином, основна мета відновлення управління медичною службою полягає в тому, щоб в максимально короткі терміни відновити порушений зв'язок з підпорядкованими структурами медичної служби, визначити їх боєздатність і здійснити перегрупування у відповідності з обстановкою; здійснити заходи щодо відновлення втраченої боєздатності підрозділів, частин і закладів медичної служби і максимально ефективно використати наявні сили і засоби для забезпечення безперервності медичного забезпечення військ, які продовжують бойові дії.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Визначення поняття управління медичною службою.
2. Основні принципи управління медичною службою.
3. Зміст управління медичною службою.
4. Вимоги до управління медичною службою.
5. Підпорядкованість начальників медичної служби.
6. Методи роботи начальника медичної служби бригади з прийняття рішення на організацію медичного забезпечення.
7. Послідовність роботи начальника медичної служби бригади з прийняття рішення на організацію медичного забезпечення.
8. Порядок оформлення плану медичного забезпечення бригади в бою.
9. Постановка завдань підлеглим і проведення контролю їх виконання.
10. Управління медичною службою в ході бойових дій.
11. Форми маневру силами і засобами медичної служби.
12. Порядок підтримання зв'язку з підлеглими, штабом і старшим медичним начальником.

МЕДИЧНА СЛУЖБА МЕХАНІЗОВАНОЇ (ТАНКОВОЇ) БРИГАДИ

8.1. Завдання та організація медичної служби механізованої (танкової) бригади

На медичну службу механізованої (танкової) бригади покладаються наступні **основні завдання**:

- > розшук поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги, їх збір, вивіз (винос) з поля бою (з підрозділів);
- > евакуація поранених і хворих з підрозділів в МПБ і в медичну роту бригади;
- > медичне сортування поранених і хворих та своєчасне надання їм долікарської, першої лікарської та невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги, а також підготовка до подальшої евакуації тих із них, хто цього потребує;
- > тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених та хворих;
- > лікування легкопоранених і легкохворих із термінами відновлення боєздатності до 10 діб;
- > проведення санітарного нагляду за умовами військової праці, виконанням санітарно-гігієнічних норм і правил розміщення, харчування, водопостачання, лазнево-прального обслуговування особового складу, захоронення загиблих в бою та померлих військовослужбовців; проведення протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження виникнення і розповсюдження інфекційних захворювань;
- > організація та проведення медичної розвідки в смузі бойових дій (району розташування) бригади;
- > медичний контроль за збереженням здоров'я особового складу бригади, організація і здійснення медичних заходів щодо його зміцнення;
- > проведення спеціальних медичних заходів із захисту особового складу бригади від зброї масового ураження;
- > забезпечення підрозділів бригади медичним майном, медичною технікою та її технічне обслуговування;
- > організація та проведення бойової і гуманітарної підготовки медичного складу та військово-медичної підготовки особового складу бригади, а також пропагування гігієнічних знань та здорового способу життя;
- > ведення медичного обліку, звітності, узагальнення досвіду роботи медичної служби.

Організаційна структура медичної служби механізованої (танкової) бригади. Медичну службу бригади очолює начальник медичної служби – лікар організатор, який підпорядкований безпосередньо командирі бригади, а із спеціальних питань начальнику медичної служби армійського корпусу.

Медицна служба бригади включає:

- > медичну роту бригади;
- > медичні пункти механізованих (танкових) батальйонів;
- > медичні пункти артилерійських дивізіонів;
- > медичний пункт роти радіоелектронної боротьби (РЕБ);
- > фельдшера ремонтно-відновлювального батальйону (рвб);
- > фельдшера зенітно-ракетного артилерійського дивізіону (зрадн);
- > фельдшера батальйону матеріально-технічного забезпечення (бмтз);
- > санітарних інструкторів окремих підрозділів: вузлу зв'язку, роти РХБз, розвідувальної роти, групи інженерного забезпечення, батареї управління та радіолокаційної розвідки, роти снайперів (рис. 8.1).

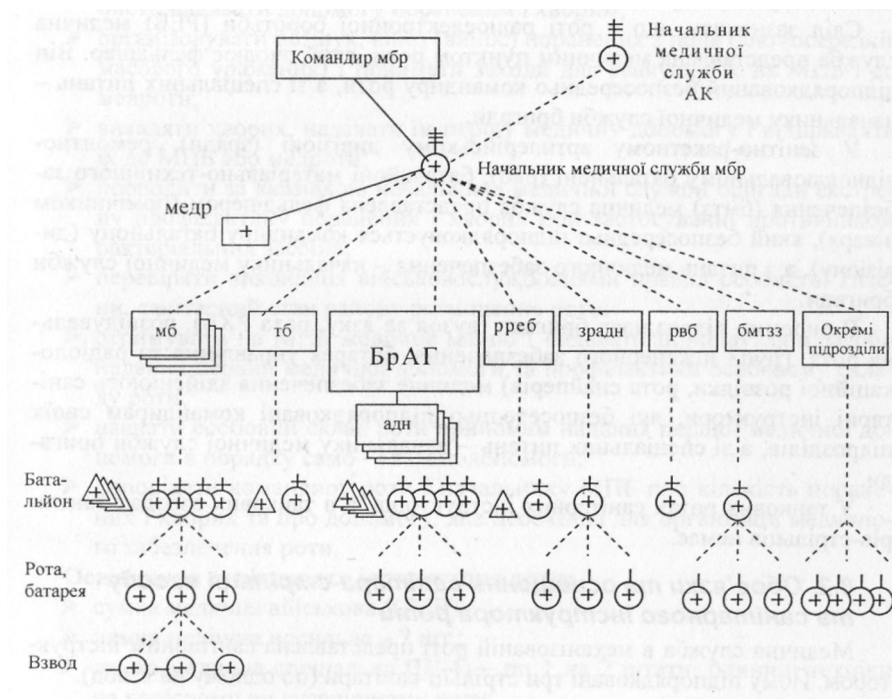


Рис. 8.1. Організаційна структура медичної служби механізованої бригади

Основним підрозділом медичної служби бригади є медична рота бригади (медр), яку очолює командир медичної роти - лікар-хірург. Із всіх питань своєї діяльності він підпорядковується начальнику медичної служби бригади.

У кожному механізованому (танковому) батальйоні, артилерійському дивізіоні є медичний пункт батальйону (дивізіону) (МПБ, МПД), який очолює начальник МПБ - фельдшер (помічник лікаря). Він підпорядковується безпосередньо командир батальйону (дивізіону), а з питань медичного забезпечення виконує вказівки начальника медичної служби бригади.

У кожній механізованій роті (батареї) медичне забезпечення організують та здійснюють санітарні інструктори. Вони підпорядковуються безпосередньо командирам рот (батареї), а з питань організації медичного забезпечення виконують вказівки начальника МПБ (МПД). У механізованих взводах медичне забезпечення здійснюють стрільці-санітари. Вони підпорядковуються безпосередньо командирам взводів, а із спеціальних питань - санітарним інструкторам рот.

Слід зазначити, що в роті радіоелектронної боротьби (РЕБ) медична служба представлена медичним пунктом роти, який очолює фельдшер. Він підпорядкований безпосередньо командир роти, а зі спеціальних питань - начальнику медичної служби бригади.

У зенітно-ракетному артилерійському дивізіоні (зрадн), ремонтно-відновлювальному батальйоні (рвб), батальйоні матеріально-технічного забезпечення (бмтз) медична служба представлена фельдшером (помічником лікаря), який безпосередньо підпорядковується командир батальйону (дивізіону), а з питань медичного забезпечення - начальнику медичної служби бригади.

В окремих підрозділах бригади (вузол зв'язку, рота РХБз, розвідувальна рота, група інженерного забезпечення, батарея управління та радіолокаційної розвідки, рота снайперів) медичне забезпечення здійснюють санітарні інструктори, які безпосередньо підпорядковані командирам своїх підрозділів, а зі спеціальних питань — начальнику медичної служби бригади.

У танкових ротах санітарних інструкторів, а в танкових взводах санітарів-стрільців немає.

8.2. *Обов'язки та оснащення санітара-стрільця взводу та санітарного інструктора роти*

Медична служба в механізованій роті представлена санітарним інструктором. Йому підпорядковані три стрільці-санітари (по одному на взвод).

Стрілець-санітар повинен:

- > знати завдання свого взводу, місце командира взводу;
- У безперервно спостерігати за появою поранених на полі бою і доповідати про них командир батальйону;
- > розшукувати поранених на полі бою, надавати їм першу медичну допомогу, вміло використовувати захисні та маскуючі властивості місцевості для захисту поранених, позначати ці місця відповідними знаками;

- > знати і правильно використовувати медичне оснащення, а також підручні засоби для надання першої медичної допомоги.

На своєму оснащенні стрілець-санітар має сумку санітара (СС), лямку медичну носильну (лямку медичну спеціальну), нарукавний знак Червоного Хреста.

Санітарний інструктор повинен:

- > знати завдання роти, наявність поранених і хворих в підрозділах, місце розташування медичного пункту батальйону і порядок його переміщення;
- > проводити медичну розвідку району розташування і бойових дій роти;
- > організувати надання першої медичної допомоги на полі бою і особисто надавати допомогу пораненим і хворим;
- > організувати розшук, вивіз (винос) поранених з поля бою (осередків масового ураження) і приймати заходи для евакуації їх на МПБ і до медроти;
- > виявляти хворих, надавати їм першу медичну допомогу і відправляти їх до МПБ або медроти;
- > проводити за вказівкою начальника медичної служби бригади екстрену профілактику поранених і хворих при застосуванні противником бактеріальних засобів;
- > перевіряти виконання військовослужбовцями правил особистої гігієни, санітарний стан району розміщення роти;
- > отримувати на МПБ медичне майно і видавати індивідуальні засоби надання першої медичної допомоги та профілактики особовому складу роти;
- > навчати особовий склад роти прийомам надання першої медичної допомоги в порядку само - і взаємодопомоги;
- > доповідати командирі роти і начальнику МПБ про кількість поранених і хворих та про допомогу, яка необхідна для організації медичного забезпечення роти.

Оснащення санітарного інструктора роти:

- > сумка медична військова (СМВ);
- > лямка медична носильна - 2 шт.;
- > лямка медична спеціальна (Ш-4) - по 1 на 2 штатні одиниці техніки на колісному чи гусеничному ході;
- > нарукавний знак Червоного Хреста;
- > ключ для відкриття люків танків і бойових машин піхоти (БМП)

Окрім вищевказаного спеціального майна, санітарний інструктор повинен мати:

- > кишеньковий електричний ліхтар;
- > ручний годинник;
- > знаки для позначення "гнізд поранених".

Як і весь особовий склад роти санітарний інструктор та стрільці-санітари оснащені особистою зброєю (вона може використовуватись медичним складом тільки у випадках, що регламентовані відповідними Женевськими конвенціями), протигазами, загальновійськовими захисними комплектами, малими саперними лопатами, аптечкою індивідуальною, індивідуальними перев'язувальним та протихімічним пакетами, засобами для знезараження води.

8.3. Завдання, особовий склад та оснащення медичного пункту батальйону. Обов'язки фельдшера батальйону-начальника медичного пункту батальйону

Медична служба в механізованому (танковому) батальйоні представлена медичним пунктом батальйону (МПБ), а також санітарними інструкторами у механізованих ротах та стрільцями-санітарами у механізованих взводах.

МПБ очолює фельдшер (помічник лікаря), який за штатною посадою є начальником медичного пункту батальйону. Він безпосередньо підпорядкований командирі батальйону, а з питань медичного забезпечення виконує вказівки начальника медичної служби механізованої (танкової) бригади. Начальнику МПБ підпорядкований особовий склад МПБ, а з питань медичного забезпечення - ще й санітарні інструктори рот.

МПБ виконує наступні завдання:

- > розшук, (винос) поранених і хворих із рот, осередків масового ураження штатними та приданими санітарами МПБ і медроті;
- > надання пораненим і хворим першої медичної та долікарської (фельдшерської) медичної допомоги, підготовка їх до евакуації до медроті;
- > проведення медичної розвідки в районі розташування батальйону;
- > проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів в районі розташування батальйону;
- > проведення медичних заходів із захисту особового складу батальйону від зброї масового ураження;
- > забезпечення особового складу батальйону і санітарних інструкторів рот необхідним медичним майном.

Склад МП механізованого батальйону:

начальник МПБ - фельдшер (помічник лікаря)	- 1;
санітарний інструктор - радіотелефоніст	- 1;
водій-санітар	- 3;
водій-електрик	- 1;
санітар	- 3;
Всього	- 9.

У складі МП танкового батальйону, артилерійського дивізіону є:

начальник МПБ — фельдшер (помічник лікаря)	- 1;
санітарний інструктор - радіотелефоніст	- 1;
водій-санітар	- 1;

санітар - 1;
Всього - 4.

Оснащення МПБ:

/. *Комплектне майно:*

аптечка військова АВ - по одній на штатну машину на колісному і гусеничному ходу;

комплект ПФ — фельдшерський — 1;

комплект Б-1 - перев'язувальні засоби стерильні - 1;

комплект шини (дротяні - 10, Дітерікса - 1);

сумка медична військова СМВ - по одній на кожного санітарного інструктора і фельдшера;

сумка санітара СС - по одній на санітара, стрільця-санітара та водія санітара.

2. Лікарсько-медичні предмети, прилади та апарати:

апарат штучної вентиляції легенів портативний ручний типа ДП-10.02 - 1;

інгалятор кисневий портативний КІ-4 - 1;

шолом для поранених у голову ШР - 2 шт.;

балони кисневі (2 л) — 2 шт.;

накидка медична НМ - по одній на 10 чоловік особового складу.

3. Санітарно-господарче майно:

знак нарукавний Червоного Хреста - по 1 на кожного медичного працівника;

лямка медична носильна - 2 шт.;

лямка медична спеціальна Ш-4 - по 1 шт. на 2 штатні одиниці техніки на колісному чи гусеничному ходу;

ноші санітарні - 1, та на кожний санітарний автомобіль - по кількості лежачих місць;

прапор Червоного Хреста - 1 шт.;

ремінь, прив'язний до нош санітарних РПН, - по 1 шт. на 3 ноші штатного санітарного автомобіля;

таз емальований - 1 шт.;

стійка уніфікована - 1 шт.;

умивальник - 1 шт.;

утримувач таза умивальника — 1 шт.;

книги, бланки обліку.

4. Транспорт МПБ механізованого батальйону:

санітарний автомобіль (УАЗ-3962) - 3;

автобус санітарний (АС-66) — 1;

автопричепа І-П-0,5 - 3;

радіостанція Р-159 - 1;

електростанція (1 Квт) - 1.

У медичних пунктах танкових батальйонів, артилерійських дивізіонів є:

> санітарний автомобіль (УАЗ-3962) - 1;

- > автопричіп 1-П-0,5-1;
- > радіостанція Р-159- 1;
- > електростанція (1 Квт) - 1.

Обов'язки начальника медичного пункту батальйону (помічника лікаря).

Начальник МПБ зобов'язаний:

- > знати бойову, радіаційну, хімічну і бактеріологічну обстановку, мати відомості про поранених та хворих, які підлягають виносу (вивозу) із рот;
- > керувати роботою санітарних інструкторів рот, особового складу МПБ, приданими засобами збору і евакуації поранених;
- > організувати збір, винос (вивіз) поранених та хворих із рот (осередків масового ураження) на МПБ;
- > особисто надавати першу медичну і долікарську допомогу пораненим і хворим;
- > організувати і проводити медичну розвідку в районі розміщення і бойових дій батальйону;
- > організувати і проводити санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи серед особового складу батальйону;
- > готувати особовий склад МПБ до роботи в умовах застосування противником зброї масового ураження;
- > організувати медичне спостереження за особами, які перебували в осередку зброї масового ураження, але зберегли боєздатність; здійснювати медичний контроль за якістю приготування їжі, а також за станом джерел водопостачання у районі розташування батальйону та забезпеченням водою особового складу;
- > отримувати із аптеки медроти медичне майно і забезпечувати ним МПБ і санітарних інструкторів рот;
- > організувати і проводити навчання особового складу батальйону правилам надання першої медичної допомоги при пораненнях і захворюваннях, а також заходам щодо попередження інфекційних захворювань;
- > безперервно підтримувати зв'язок із санітарними інструкторами рот, командиром медроти і начальником медичної служби бригади, використовуючи для цього технічні засоби зв'язку (радіостанцію Р-159), а також водіїв санітарного транспорту;
- > вести облік роботи санітарів по виносу поранених із поля бою.

8.4. Організація роботи медичного пункту батальйону в оборонному та наступальному боях

Робота МПБ в оборонному бою. В період підготовки до оборонного бою начальник МПБ проводить наступні заходи:

- а) отримує вказівки від командира батальйону про бойове завдання батальйону;

- б) від начальника медичної служби бригади отримує відомості про:
- > місце розташування медроти до початку бою і можливе її переміщення під час бойових дій;
 - > шляхи евакуації до медроти;
 - > сили та засоби підсилення;
- в) визначає порядок надання першої та долікарської (фельдшерської) медичної допомоги, а також схему збору, виносу (вивозу) поранених із поля бою;
- г) розподіляє між ротами санітарів, віддає вказівки санітарним інструкторам рот про порядок їх використання;
- д) інструктує особовий склад МПБ і санітарних інструкторів рот про порядок роботи під час бою;
- е) приймає заходи щодо отримання медичного майна, що не вистачає із аптеки медроти і видає його в роти;
- є) хворих, які виявлені в ротах, направляє до медроти;
- ж) проводить медичну розвідку, визначає місця для постів санітарного транспорту (ПСТ);
- з) намічає шляхи вивозу (винусу) поранених з рот до ПСТ або на МПБ;
- и) розгортає МПБ у сховищі, в стороні від можливого напрямку головного удару противника, поблизу до шляхів виносу (вивозу) поранених та хворих, на відстані 2,5-3 км від переднього краю оборони батальйону. Для розгортання МПБ необхідно обладнати сховище площею близько 25-30 м² для тимчасового розміщення 7-8 поранених на ношах і стільки ж місць для розміщення сидячих поранених та хворих;
- і) намічає запасну площадку для розгортання МПБ;
- ї) проводить заходи санітарно-гігієнічного і протиепідемічного характеру (контроль за чистотою території, за дотриманням правил особистої та колективної гігієни, за харчуванням, водопостачанням, тощо).

При організації оборонного бою та в передбаченні можливої перерви у виносі поранених при вогневій ізоляції роти, проникненні в тил окремих груп противника санітарний інструктор роти організує обладнання медичного посту роти (МПР). Медичний пост роти являє собою сховище, в якому тимчасово (поки не з'явиться можливість евакуації) на медичний пункт батальйону або до ПСТ) можуть перебувати поранені. МПР обладнується по можливості поблизу спостережного пункту командира роти, з урахуванням можливості прихованого виносу (вивозу) поранених із взводів. Тут створюються запаси засобів для надання першої медичної допомоги, води та обладнуються місця для розміщення поранених.

Для скорочення відстані виносу поранених із підрозділів батальйону слід висувати вперед пости санітарного транспорту.

Для забезпечення своєчасної евакуації поранених санітарні інструктори рот, а також особовий склад підрозділів збору і евакуації поранених, які виділяються для посилення батальйону, повинні ретельно вивчити шляхи, по

яких може здійснюватися вивіз поранених, місця розташування МПР, медичного пункту батальйону та постів санітарного транспорту. В ході оборонного бою першочергове значення набуває організація якнайшвидшого вивозу (вивозу) поранених з поля бою, надання їм першої медичної допомоги і евакуації в тил.

Стрільці-санітари взводів і санітарні інструктори рот надають пораненим першу медичну допомогу і захищають їх від повторних уражень, використовуючи для цього оборонні споруди, ротні та взводні сховища, МПР, а також захисні властивості місцевості. Особовий склад підрозділів збору та евакуації поранених, пристосовуючись до місцевості і використовуючи ходи сполучення, виносить або вивозить поранених із місць їх укриття до ПСТ. Евакуація поранених з ПСТ до МПБ або безпосередньо до медичної роти бригади здійснюється санітарним транспортом, а також транспортом загального призначення, який виділяється для цього командуванням.

У випадку, коли не можливо або недоцільно створювати пости санітарного транспорту, поранені евакуюються до МПБ на санітарному транспорті або виносяться на ношах. Із МПБ поранених і хворих після надання їм долікарської допомоги евакуюють до медичної роти бригади.

Організація медичного забезпечення механізованого батальйону в обороні показана на рисунку 8.2.

Робота МПБ в наступальному бою. У період підготовки до наступального бою начальник МПБ виконує наступні заходи:

- а) отримує вказівки від командира батальйону про бойове завдання батальйону;
- б) від начальника медичної служби бригади отримує відомості про:
 - > місце розташування медроти до початку бою і можливе її переміщення під час бойових дій;
 - > шляхи евакуації до медроти;
 - > сили та засоби посилення;
- в) визначає напрямок (вісь) переміщення під час наступу;
- г) розподіляє між ротами санітарів і санітарні автомобілі, дає вказівки санітарним інструкторам рот про порядок їх використання;
- д) інструктує особовий склад МПБ і санітарних інструкторів рот про порядок роботи під час бою;
- е) приймає заходи щодо отримання майна із аптеки медроти і видає його санітарним інструкторам рот;
- є) хворих, які виявлені в підрозділах, направляє до медроти бригади.

У ході наступального бою санітарний інструктор роти, який знаходиться в бойових порядках роти, з допомогою стрільців-санітарів надає першу медичну допомогу найбільш тяжкопораненим і організовує їх виніс (санітарями носіями) в укриття ("гнізда поранених"), позначає останні добре помітними знаками та повідомляє про місця розташування "гнізд поранених" водіїв санітарних транспортерів і автомобілів.

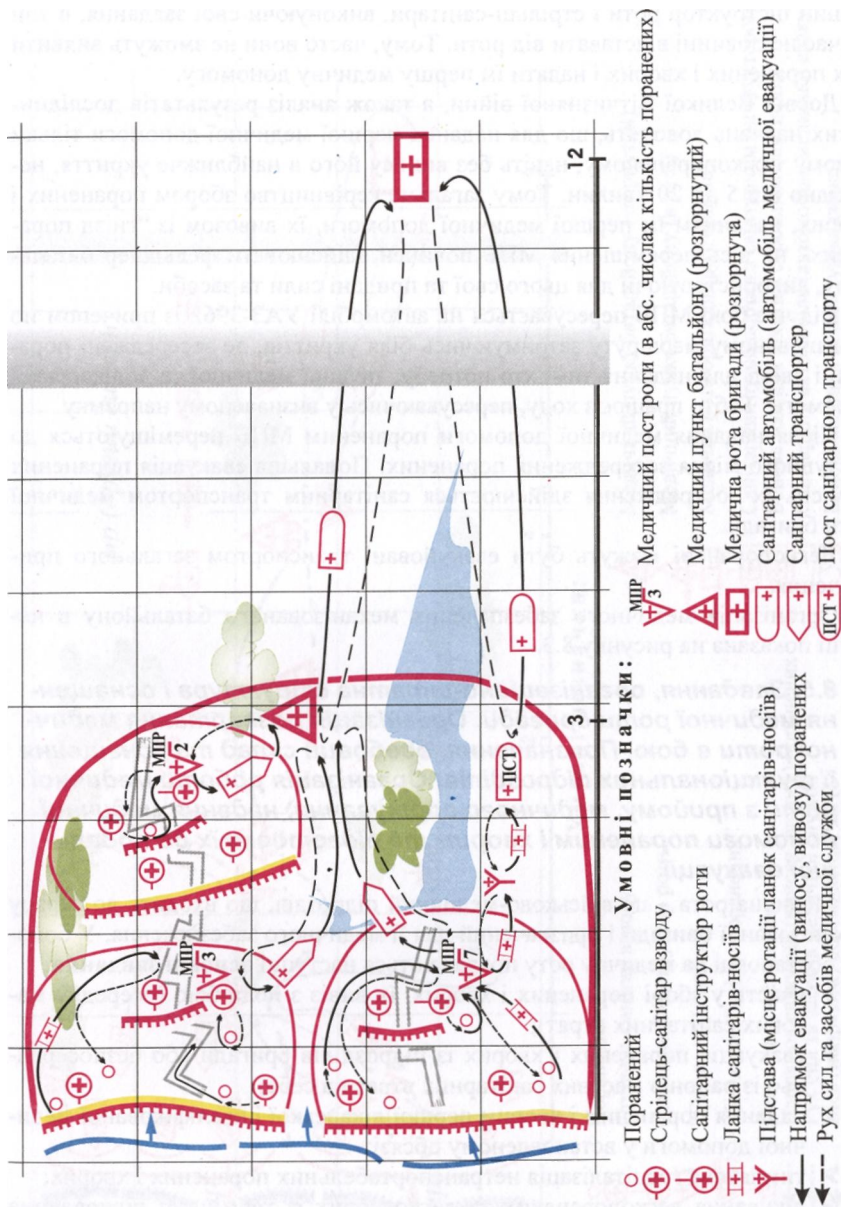


Рис. 8.2. Організація медичного забезпечення механізованого батальйону в обороні

Значна кількість легкопоранених виходять з поля бою самостійно. Санітарний інструктор роти і стрільці-санітари, виконуючи свої завдання, в той же час не повинні відставати від роти. Тому, часто вони не зможуть виявити всіх поранених і хворих і надати їм першу медичну допомогу.

Досвід Великої Вітчизняної війни, а також аналіз результатів дослідницьких навчань доводять, що для надання першої медичної допомоги тільки одному тяжкопораненому, навіть без виносу його в найближче укриття, необхідно від 5 до 20 хвилин. Тому загальне керівництво збором поранених і хворих, наданням їм першої медичної допомоги, їх вивозом із "гнізд поранених" на вісь переміщення МПБ повинен здійснювати фельдшер батальйону, використовуючи для цього свої та придані сили та засоби.

Під час бою МПБ пересувається на автомобілі УАЗ-3962 із причепом по запланованому маршруту затримуючись біля укриттів, де зосереджені поранені і хворі для надання тим, хто потребує першої медичної та долікарської допомоги. Тобто працює з ходу, пересуваючись у визначеному напрямку.

Після надання медичної допомоги пораненим МПБ переміщуються до наступного місця зосередження поранених. Подальша евакуація поранених із місць їх зосередження здійснюється санітарним транспортом медичної роти бригади.

Легкопоранені можуть бути евакуйовані транспортом загального призначення.

Організація медичного забезпечення механізованого батальйону в наступі показана на рисунку 8.3.

8.5. Завдання, організаційно-штатна структура і оснащення медичної роти бригади. Організація розгортання медичної роти в бою. Призначення, особовий склад та оснащення її функціональних підрозділів. Організація роботи медичної роти з прийому, медичного сортування, надання медичної допомоги пораненим і хворим та підготовки їх до подальшої евакуації

Медична рота - це військово-медичний підрозділ, що входить до складу механізованої бригади і призначений для її медичного забезпечення. У бойовій обстановці на медичну роту покладаються наступні основні завдання:

- > участь у зборі поранених і хворих, їх вивіз з поля бою (осередку масових санітарних втрат);
- > евакуація поранених і хворих із підрозділів бригади або безпосередньо із районів масових санітарних втрат на себе;
- > надання пораненим і хворим першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги у встановленому обсязі;
- > тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених і хворих;
- > лікування легкопоранених та легкохворих із термінами відновлення боєздатності до 10 діб;

- > тимчасова ізоляція інфекційних хворих;
- > підготовка до подальшої евакуації тих поранених і хворих, які її потребують;
- > проведення медичної розвідки в районі розташування та у смузі дій бригади;
- > розгортання функціональних підрозділів медичної роти як етапу медичної евакуації;
- > прийом, реєстрація, медичне сортування, розміщення поранених і хворих, що надходять;
- > повна санітарна обробка поранених і хворих, які цього потребують, часткова дегазація, дезактивація і повна дезінфекція (за показаннями) їх одягу, спорядження та взуття, а також санітарного транспорту;
- > посилення силами і засобами медичної служби підрозділів бригади та забезпечення їх медичним майном;
- > контроль за своєчасністю і якістю лікувально-евакуаційних заходів, які проводяться на медичних пунктах батальйонів;
- > матеріальне забезпечення поранених і хворих.

Організаційно-штатна структура медичної роти бригади. До складу медичної роти мбр входять наступні основні підрозділи (рис. 8.4.):

- > командування;
- > приймально-сортувальний взвод;
- > операційно-перев'язочний взвод;
- > відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- > госпітальний взвод;
- >- відділення збору та евакуації поранених;
- > підрозділи забезпечення: аптека та взвод МТЗ (автомобільне відділення, електростанція, їдальня, склад).

Призначення, особовий склад і оснащення основних підрозділів медичної роти.

Командування медичної роти призначене для керівництва діяльністю роти, а також для забезпечення зв'язку з КП і ТПУ бригади та підрозділами бригади.

До складу командування входять:

- > командир роти (лікар-хірург);
- > заступник командира роти з виховної роботи;
- > старшина.

На оснащенні командування є радіостанція Р-159.

Приймально-сортувальний взвод призначений для розгортання сортувально-евакуаційного відділення. Окрім цього, силами взводу розгортається відділення спеціальної обробки. У взводі 2 лікарі - хірург і терапевт, а також середній і молодший медичний персонал: фельдшер, 3 медичні сестри, санітарний інструктор-дезінфектор, санітар, кочегар-паропровідник, водій.

КОМАНДУВАННЯ 3/-	
Командир роти (хірург)	1
Заступник командира роти з виховної роботи	1
Старшина	1
Радіостанція Р-159	1

ОСНОВНІ ПІДРОЗДІЛИ

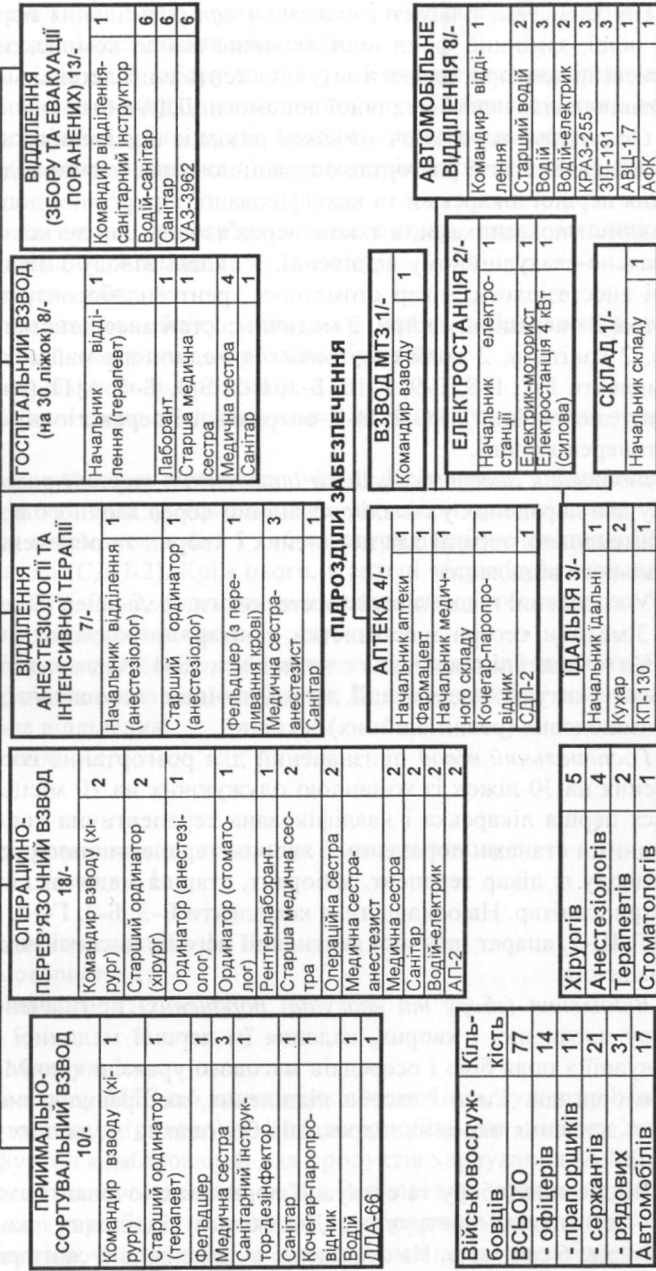


Рис. 8.4. Організаційно-штатна структура медичної роти механізованої бригади (на ввсний час)

На оснащенні є намети, підставки для розміщення поранених, станки під ноші, замінний фонд нош, медичне майно комплектів Б-1, Б-2, Б-3, кисневі інгалятори, апарати штучної вентиляції легень, медикаменти для надання невідкладної медичної допомоги, ДЦА-66.

Операційно-перев'язочний взвод разом із відділенням анестезіології та інтенсивної терапії розгортає операційно-перев'язочне відділення для надання першої лікарської та кваліфікованої хірургічної допомоги за невідкладними показниками, а також перев'язочну для легкопоранених у сортувально-евакуаційному відділенні. У складі взводу 3 лікарі хірурги, 2 лікарі анестезіологи, лікар стоматолог, рентгенлаборант, старша медична сестра, 2 операційні сестри, 2 медичні сестри анестезистки, 2 медичні сестри, 2 санітари, 2 водії-електрики. Із медичного майна використовують комплекти Г-7, Г-8, Г-9, Г-10, Б-1, Б-2, Б-3, Б-4, АНТ (антибіотики), АН (анестезіологічний), РО-2, В-1, операційні і перев'язочні столи, дві АП-2 (автоперев'язочні).

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії розгортає протишокову для поранених у складі операційно-перев'язочного відділення і палати інтенсивної терапії для поранених і хворих та обпечених у складі госпітального відділення.

У відділенні є: два лікарі анестезіологи, фельдшер (з переливання крові), 3 медичні сестри-анестезистки, санітар.

На оснащенні відділення є комплекти Ш-1, АН, апарати інгаляційного наркозу, штучної вентиляції легень та інше оснащення для проведення протишовкових (реанімаційних) заходів.

Госпітальний взвод призначений для розгортання госпітального відділення на 30 ліжок із командою одужуючих на 20 місць, в якому надається перша лікарська і кваліфікована терапевтична допомога за невідкладними станами пораненим і хворим терапевтичного профілю. У складі взводу є: лікар терапевт, лаборант, старша медична сестра, 4 медичні сестри, санітар. На оснащенні є комплекти В-3, Б-3, Г-12, Г-13, ОВ, ЛУЧ, АНТ, Ш-1, апарат штучної вентиляції легень, кисневі інгалятори та інше оснащення.

Відділення (збору та евакуації поранених) призначене для розшуку, збору поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги та їх евакуації з поля бою і осередків масового ураження до МПБ та медичної роти бригади. Сили і засоби відділення, як правило, використовуються для підсилення окремих підрозділів бригади та медичних пунктів батальйонів.

Відділення (збору та евакуації поранених) очолює командир відділення — санітарний інструктор. До складу відділення входять: 6 водіїв-санітарів, 6 санітарів. На оснащенні відділення є 6 санітарних автомобілів

УАЗ-3962, ноші санітарні, СМВ (сумки медичні військові), СС (сумки санітарів), лямки медичні носильні та інше майно.

Сили і засоби відділення (збору та евакуації поранених) використовуються згідно з рішенням начальника медичної служби бригади, який розподіляє їх за підрозділами бригади, або виводить до свого резерву.

Підрозділи забезпечення: аптека і взвод матеріально-технічного забезпечення.

Особовий склад аптеки розгортає власне аптеку, склад медичного майна та стерилізаційно-дистиляційну установку.

Аптека призначена для:

- > прийому, зберігання, обліку медичного майна, забезпечення ним підрозділів медичної роти і підрозділів бригади;
- > виготовлення лікувальних розчинів;
- > організації технічного обслуговування та ремонту медичної техніки.

Очолює аптеку начальник аптеки (провізор). Крім нього, є фармацевт, начальник медичного складу (фармацевт), коцегар-паропровідник. На оснащенні аптеки є комплекти Г-5 і Г-6 та стерилізаційно-дистиляційна установка на причепі (СДП-2). Крім цього, в аптеці зберігаються комплекти Л-1, Г-1, Г-4, ЛУЧ, РО-2, протиботуліністична сироватка, кровозамінники та засоби для знезараження води.

Взвод матеріально-технічного забезпечення призначений для матеріально-технічного забезпечення медичної роти. До складу взводу входять:

- > автомобільне відділення;
- > електростанція;
- У їдальня;
- > склад.

Очолює цей підрозділ командир взводу. У складі взводу є:

- > командир відділення - 1;
- > водії-7;
- > начальник електростанції — 1;
- > електрик—моторист — 1;
- > начальник їдальні - 1;
- > кухарі-2;
- > начальник складу - 1.

На оснащенні взводу МТЗ є 6 вантажних автомобілів, кухня причіпна (КП-130), електростанція (силова) 4 Квт, автомобіль для підвозу води (АВЦ-1,7), автофургон комбінований для продуктів харчування (АФК).

Порядок розгортання медичної роти. В польових умовах медична рота розгортається і переміщується згідно розпоряджень начальника медичної служби бригади у відповідності з вказівками командира бригади.

В умовах, що вимагають термінового переміщення медичної роти, командир медичної роти видає це розпорядження самостійно і негайно доповідає про переміщення безпосередньому начальнику, а також сповіщає про це начальників медичних пунктів батальйонів бригади.

Медична рота розгортається на відстані від лінії фронту в наступі — 6—8 км, в обороні 10—15 км. Термін надання кваліфікованої і першої лікарської допомоги не повинен перевищувати 4—5 годин з моменту поранення, а при ураженні фосфорно-органічними отруйними речовинами — 2 години з моменту ураження ними.

Медична рота повинна бути розгорнута і повністю готова до прийому поранених і хворих через 2 години влітку і через 3 години взимку після прибуття до місця розгортання. Причому, готовність першої черги, що визначається розгортанням сортувально-евакуаційного та операційно-перев'язочного відділень, повинна забезпечуватись через 40 хвилин після прибуття медроти на місце розгортання. Нормативів щодо розгортання медичної роти бригади на даний час немає. Тому при визначенні термінів розгортання медроти взяті нормативи із розгортання омедб, де значно більша кількість наметів і особового складу. Але, в медичній роті відповідно і менша кількість особового складу і наметів, що дозволяє взяти ці нормативи за основу.

Рубіж для розгортання медроти вказує начальник медичної служби армійського корпусу, район розгортання — начальник медичної служби бригади, а кінцевий вибір площадки (місця розгортання) та її трасування здійснює рекогносцувальна група під керівництвом командира роти. До рекогносцувальної групи включають представників основних функціональних підрозділів.

Для розгортання медроти потрібна площадка розміром 200x300 м. При цьому слід забезпечити виконання наступних вимог:

- > можливість виділення двох наметів для поранених: перший — тяжкопоранені і поранені середньої тяжкості; другий - легкопоранені і хворі;
- > можливість виділення контингентів, які являються небезпечними для оточуючих і спрямування їх у відділення спеціальної обробки, ізолятор або психоізолятор;
- ^> забезпечити таке розташування підрозділів на площадці, що виключало б перетин різних потоків поранених і хворих;
- > відстань між функціональними підрозділами повинна бути не менше 50 м, а між наметами функціонального підрозділу - 20-30 м.

Принципова схема розгортання медичної роти механізованої бригади наведена на рис. 8.5.

У залежності від конкретних умов медр розгортається у наметах, землянках, іноді в житлових і не житлових будівлях.

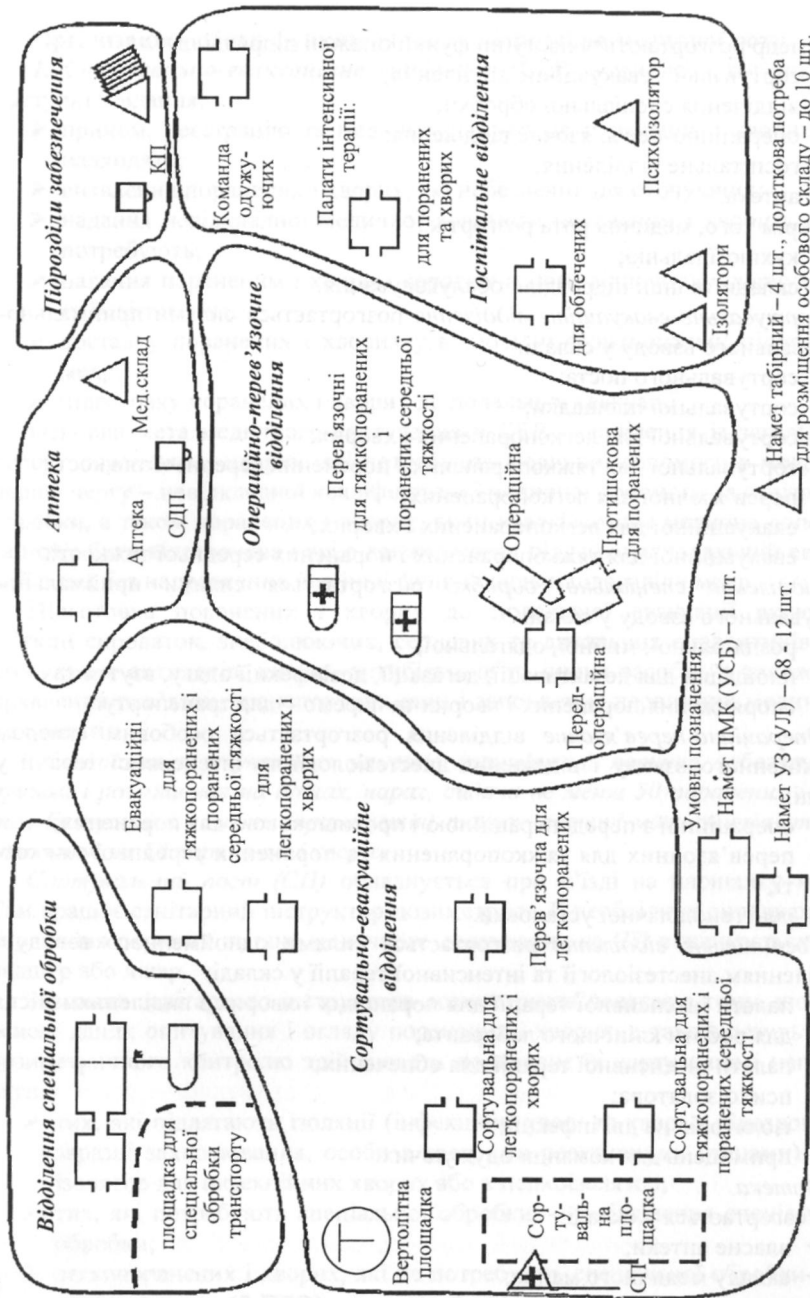


Рис. 8.5. Принципова схема роззортання медичної роти механізованої бригади (варіант)

В медр розгортаються наступні функціональні підрозділи:

- > сортувально-евакуаційне відділення;
- > відділення спеціальної обробки;
- > операційно-перев'язочне відділення;
- > госпітальне відділення;
- > аптека.

Окрім того, медична рота розгортає:

- > кухню-їдальню;
- > склади та інші підрозділи обслуговування.

Сортувально-евакуаційне відділення розгортається силами приймально-сортувального взводу у складі:

- > сортувального поста;
- > сортувальної площадки;
- > сортувальної для легкопоранених і хворих;
- > сортувальної для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості;
- > перев'язочної для легкопоранених;
- > евакуаційної для легкопоранених і хворих;
- > евакуаційної для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості.

Відділення спеціальної обробки розгортається силами приймально-сортувального взводу у складі:

- > роздягальної, мийної, одягальної;
- > площадки для дезактивації, дегазації, дезінфекції одягу, взуття та
- > спорядження поранених і хворих та окремо — для транспорту.

Операційно-перев'язочне відділення розгортається особовим складом однойменного взводу і відділення анестезіології та інтенсивної терапії у складі:

- > операційної з передопераційною і протишоковою для поранених;
- > перев'язочних для тяжкопоранених та поранених середньої тяжкості;
- > рентгенологічної установки.

Госпітальне відділення розгортається силами однойменного взводу і відділенням анестезіології та інтенсивної терапії у складі:

- > палати інтенсивної терапії для поранених і хворих з виділенням місця для роботи клінічного лаборанта;
- > палати інтенсивної терапії для обпечених;
- > психоізолятора;
- > ізоляторів на дві інфекції;
- > приміщень для команди одужуючих.

Аптека.

Розгортається у складі:

- > власне аптеки;
- > складу медичного майна;
- > стерилізаційно-дистиляційної установки (СДП-2).

Організація роботи функціональних підрозділів медичної роти

1. Сортувально-евакуаційне відділення (СЕВ) медичної роти виконує наступні завдання:

- > прийом, реєстрацію та медичне сортування поранених і хворих, які надходять;
- > виявлення поранених і хворих, які небезпечні для оточуючих;
- > надання невідкладної медичної допомоги пораненим і хворим, які її потребують;
- > надання пораненим і хворим короткочасного відпочинку, харчування та їх зігрівання;
- > доставку поранених і хворих у відповідні функціональні підрозділи медр;
- > підготовку поранених і хворих до подальшої евакуації.

Основна мета медичного сортування в СЕВ - виділення із загального потоку поранених і хворих, які потребують медичної допомоги в медр і, в першу чергу - невідкладної кваліфікованої медичної допомоги та санітарної обробки, а також поранених і хворих, яким кваліфікована медична допомога може бути відстрочена і які в даних умовах підлягають подальшій евакуації в тил без направлення їх в інші функціональні підрозділи медр.

Підготовка поранених і хворих до подальшої евакуації включає: ін'єкції сироваток, знеболюючих, серцевих та дихальних аналептиків, застосування антидотів, кисню, антибіотиків та інших засобів, а також вправлення пов'язок, транспортних шин і заповнення первинних медичних документів.

Обладнання сортувальних наметів (приміщень) повинно забезпечити прийом і розміщення на ношах, нарах, сидячи не менш 50 поранених і хворих. Евакуаційні намети (приміщення) також повинні мати місткість не менш ніж на 50 поранених і хворих.

Сортувальний пост (СП) обладнується при в'їзді на площадку медр. Там працює санітарний інструктор-дозиметрист. В необхідних випадках для вирішення окремих питань медичного сортування на СП викликається фельдшер або лікар.

Завдання санітарного інструктора-дозиметриста полягає в тому, щоб на основі даних опитування і огляду поранених і хворих, а також результатів дозиметричного контролю здійснювати попереднє їх сортування і направляти:

- > тих, які підлягають ізоляції (інфекційні хворі та хворі з підозрою на заразні захворювання, особи з гострими реактивними станами), - в ізолятор для інфекційних хворих або в психоізолятор;
- > тих, які потребують спеціальної обробки, - у відділення спеціальної обробки;
- > легкопоранених і хворих, які не потребують спеціальної обробки і не підлягають ізоляції - в сортувальну для легкопоранених і хворих;

- > тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості (тих, що на ношах), які не підлягають ізоляції і не потребують спеціальної обробки, — на сортувальну площадку (на тому ж автомобілі, на якому вони були доставлені).

Дозиметричний контроль поранених і хворих, їх обмундирування та спорядження, а також транспорт, на якому вони доставлені в медр, санітарний інструктор-дозиметрист здійснює за допомогою рентгенометра - радіометра (ДП-5 В).

На санітарного інструктора-дозиметриста також покладається завдання спостереження за повітрям і навколишньою територією та подача сигналів оповіщення.

СП обладнують фанерними щитами із зображенням червоного хреста і написами на одному "Стоп", на іншому - "Сортувальний пост", флагштоком, на якому закріплюють прапор із зображенням "Червоного Хреста", засобами для подачі сигналів оповіщення, та таблицею із встановленими сигналами оповіщення. В нічний час встановлюють ліхтар з червоним хрестом.

Сортувальна площадка (СПл) обладнується на ділянці місцевості перед сортувальними наметами для роботи сортувальних бригад. СПл обладнується підставками для розміщення поранених на ношах ("рядами Пирогова") та лавами для легкопоранених.

На СПл поранені і хворі вивантажуються із транспортних засобів, розміщуються на ношах рядами і негайно оглядаються лікарем, який здійснює так зване "вибіркове сортування". При цьому, передусім виявляються особи, які потребують надання невідкладної медичної допомоги. Вони одразу ж направляються у відповідні функціональні підрозділи медр. Всі інші поранені і хворі розподіляються на наступні групи:

- Р* ті, що потребують надання першої лікарської допомоги, невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги, направляються в перев'язочну для легкопоранених, перев'язочні для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості, операційну, протишокову для поранених, палати інтенсивної терапії для поранених і хворих та обпечених;
- > ті, що підлягають поверненню в частину після надання їм медичної допомоги в сортувально-евакуаційному відділенні;
- > ті, що залишаються в команді видужуючих для амбулаторного лікування;
- > ті, що підлягають подальшій евакуації в тил (частина з них після надання необхідної медичної допомоги безпосередньо у сортувально-евакуаційному відділенні).

У ході медичного сортування встановлюється також черговість направлення поранених і хворих у той чи інший підрозділ медичної роти. Слід зазначити, що у випадку виникнення великої черги в операційну, перев'язочні для тяжкопоранених та поранених середньої тяжкості, протишокову для поранених, частину поранених слід негайно направляти у госпітальне відділення для проведення там необхідних лікувально-профілактичних заходів.

На СПл та в сортувальних наметах працює весь особовий склад приймально-сортувального взводу. В умовах масового надходження поранених і хворих для їх медичного сортування тимчасово залучається особовий склад з інших підрозділів медр. При цьому формуються сортувальні бригади. До складу кожної сортувальної бригади входить лікар, 2 середніх медичних працівника, 2 реєстратори.

Робота сортувальної бригади організується наступним чином. Лікар з медичною сестрою і (фельдшером) і реєстратором підходить до пораненого (хворого), оцінює скарги і загальний стан пораненого (хворого), оглядає місце поранення без зняття пов'язки, оцінює дані індивідуальної дозиметрії. На підставі отриманих даних лікар робить сортувальний висновок, віддає середньому медичному працівнику розпорядження про надання на місці необхідної медичної допомоги і диктує реєстратору дані для запису у медичний документ персональної реєстрації - первинну медичну картку. Потім лікар з другою медичною сестрою (фельдшером) та другим реєстратором переходить до наступного пораненого (хворого).

Результати медичного сортування фіксуються за допомогою сортувальних марок (рис. 8.6.), які прикріплюються до обмундирування пораненого (хворого) на видному місці і допомагають санітарам-носіям в черговості доставки пораненого (хворого) в інші функціональні підрозділи медр.

Сортувальна для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості.
При несприятливих погодних умовах та взимку медичне сортування поранених і хворих здійснюється у сортувальній для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості та у сортувальній для легкопоранених і хворих, які розгортаються в наметах, і де працюють ті ж сортувальні бригади, що і на сортувальній площадці. Крім того, в сортувальних можуть тимчасово розміщуватися поранені і хворі, які очікують надання медичної допомоги в інших функціональних підрозділах медичної роти.

Оснащення: намет УЛ (УЗ), комплекти Б-1, Б-2, В-2, В-3, РО-1, апарат для штучної вентиляції легенів, кисневі інгалятори; антидоти, антибіотики, протиправцева сироватка; ножиці, джгути; термометри; первинні медичні картки; ноші, підставки під ноші; станки Павловського (на 6 нош); дерев'яні щити для поранених з пошкодженням хребта; сортувальні марки; евакуаційні конверти; книга обліку поранених і хворих; ковдри; умивальники; бачки для води, предмети догляду; посуд для харчування поранених (рис. 8.7.).

Перед входом в намет (приміщення) сортувальної обладнують навіс для обмінного фонду нош.

У сортувальній поранених реєструють в книзі обліку та заповнюють первинну медичну картку. Пораненим вводять протиправцеву сироватку, антибіотики, серцеві та дихальні засоби, антидоти, дають кисень, виправляють накладені кровозупинні джгути, пов'язки та шини. При відсутності протипоказань поранені отримують їжу та гарячий солодкий чай.



Рис. 8.6. Зразки сортувальних марок для проведення сортування у медичній роті бригади

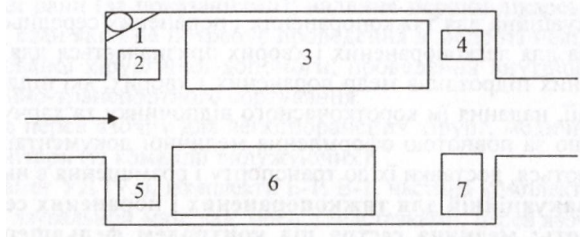


Рис. 8.7. Варіант обладнання сортувальної для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості в медичній роті механізованої бригади.
 1 - умивальник; 2 - стіл реєстратора; 3 - одноярусні нари; 4 - предмети догляду; 5 - стіл для медикаментів; 6 - верстати для розміщення поранених на ношах; 7 - стіл для перев'язувального матеріалу та кисневий інгалятор.

Сортувальна для легкопоранених і хворих. Поранених, що надходять в сортувальну, реєструють в книзі обліку поранених та заповнюють первинну медичну картку. Усім вводять протиравцеву сироватку. Поранені отримують їжу та гарячий солодкий чай. Вирішувати в сортувальній для легкопоранених і хворих питання про повернення поранених (хворих) в частину або направлення їх в команду видужуючих, не знімаючи у них пов'язки і не оглядаючи рани в перев'язочній, заборонено.

У сортувальній для легкопоранених і хворих здійснюється прийом та сортування хворих. Легкопоранених (легкохворих) з термінами лікування до 10 діб направляють в команду видужуючих.

Оснащення: намет УЛ (УЗ), комплекти Б-1, Б-2, Б-3, В-2, набір медикаментів та інструментів для надання невідкладної медичної допомоги; антитоти, антибіотики; протиравцева сироватка; джгути, первинні медичні картки; сортувальні марки; евакуаційні конверти; книга обліку поранених і хворих в приймально-сортувальному відділенні; умивальник, баки для води; предмети догляду; посуд для харчування поранених (рис. 8.8).

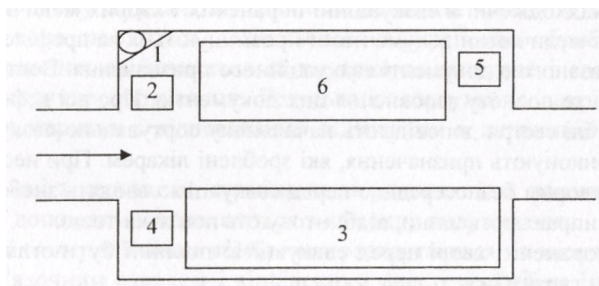


Рис. 8.8. Варіант обладнання сортувальної для легкопоранених в медичній роті механізованої бригади.

1 - умивальник; 2 - стіл реєстратора; 3 - одноярусні нари; 4 - стіл для медикаментів; 5 - господарчий куточок; 6 - лави.

Евакуаційна для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості та евакуаційна для легкопоранених і хворих призначається для прийому із функціональних підрозділів медр поранених і хворих, які підлягають подальшій евакуації, надання їм короткочасного відпочинку та харчування, медичного контролю за повнотою оформлення медичної документації, обліку тих, які евакуюються, доставки їх до транспорту і розміщення в ньому.

В евакуаційній для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості працюють: медична сестра під контролем фельдшера, 2 санітари (із команди видужуючих), реєстратор (із команди видужуючих) і 4 санітари — носії (із команди видужуючих).

В евакуаційній для легкопоранених і хворих працюють: медична сестра, санітар і реєстратор (із команди видужуючих).

Оснащення: 2 намети УЛ (УЗ), один на евакуаційну для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості та один на евакуаційну для легкопоранених і хворих, нестерильний перев'язувальний матеріал; сумка санітара; кисневі інгалятори; джгути, медикаменти та інструментарій, що необхідний для надання невідкладної медичної допомоги; антидоти, ковдри, спальні мішки, евакуаційні конверти; верстати для розміщення поранених на ношах, умивальник; предмети догляду; посуд для харчування поранених і хворих, відомості для обліку тих, хто евакуюється.

Евакуаційні обладнуються таким же чином, як і відповідні сортувальні.

Біля евакуаційної для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості обладнується навіс для обмінного фонду нош.

Поблизу евакуаційних в укритому і замаскованому місці обладнується площадка для стоянки транспорту, який прибуває з тилу. Обладнується вертолітна площадка.

В евакуаційні надходять поранені і хворі, які підлягають подальшій евакуації. Однак, якщо можливий під'їзд транспорту до госпітального відділення, евакуація може здійснюватися безпосередньо із нього, минаючи евакуаційні.

При надходженні в евакуаційні поранених і хворих медичні сестри знайомляться з медичними документами і розміщують їх за профілем у відповідності до вказаного в документі евакуаційного призначення. Вони ж перевіряють наявність та повноту заповнення цих документів. Про всі дефекти в документах медичні сестри доповідають начальнику сортувально-евакуаційного відділення і виконують призначення, які зроблені лікарем. При необхідності пораненим і хворим безпосередньо перед евакуацією вводять знеболюючі, серцеві засоби, виправляють шини, підбинтовують пов'язки тощо.

Усі поранені і хворі перед евакуацією повинні бути оглянуті лікарем та отримати гарячу їжу.

Доставку поранених і хворих до транспорту, розміщення їх на транспорті здійснюють санітари-носії під керівництвом фельдшера або медичної сестри.

Перев'язочна для легкопоранених призначена для підготовки поранених до хірургічного втручання, визначення остаточного діагнозу; первинної хі-

хірургічної обробки рани (за показаннями); надання першої лікарської допомоги пораненим, стан яких не потребує проведення в медроті невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги; проведення внутрішньопунктового і евакуаційно-транспортного сортування.

Обслуговують перев'язочну для легкопоранених хірург, медична сестра, реєстратор і 2 санітари (із команди видужуючих).

Оснащення: намет УЛ (УЗ), комплекти Б-1, В-1, частина комплекту Б-2; нестерильний перев'язувальний матеріал; ноші з підставками, перев'язочні столи; спеціальні столики або пристосування для перев'язки поранених в верхню та нижню кінцівки; медикаменти та розчини; білизна; умивальники та тазики; перев'язочний журнал; сортувальні марки і бланки історій хвороб (рис. 8.9).

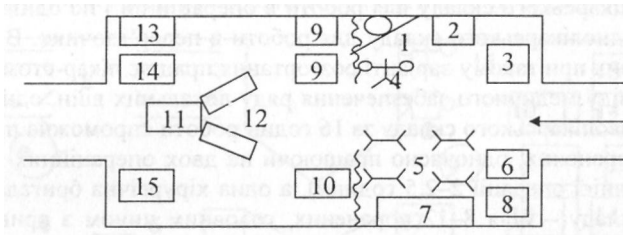


Рис. 8.9. Варіант обладнання перев'язочної для легкопоранених в медичній роті механізованої бригади.

1- умивальник; 2 - стіл для стерильних інструментів; 3 - стіл для перев'язувального матеріалу; 4 — тазики для миття рук; 5 - підставки під ноші; 6 - столик перукаря; 7 — лавки; 8 - ящик для зберігання одягу; 9 - пристосування для перев'язок нижніх кінцівок; 10 - стіл реєстратора; 11 - столик для інструментів; 12 — перев'язочні столи; 13 — стіл для медикаментів; 14- стіл для стерильних інструментів; 15 - стіл для стерильного матеріалу.

Медична сестра готує поранених до хірургічних втручань, перев'язує їх після хірургічної обробки, а при необхідності накладає шини.

Реєстратор про надання пораненому допомоги зі слів лікаря робить запис у перев'язочному журналі, в первинній медичній картці та історії хвороби на кого вона заводиться. Одночасно з хірургічною обробкою і перев'язкою поранених здійснюється їх внутрішньопунктове і евакуаційно-транспортне медичне сортування. Результати сортування закріплюються сортувальними марками і відповідними відмітками в первинній медичній картці.

Легкопоранені з короткими термінами лікування після надання їм першої лікарської допомоги направляються в команду видужуючих.

2. Операційно-перев'язочне відділення розгортається на місцевості операційно-перев'язочним взводом і відділенням анестезіології та інтенсивної терапії і призначене для надання пораненим невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги, у тому числі комплексу протишокових (реанімаційних) заходів та їх медичного сортування.

У складі операційно-перев'язочного відділення розгортаються: операційна, дві перев'язочні для надання допомоги тяжкопораненим і пораненим середньої тяжкості та протишокова для поранених (реанімаційна). В складі операційної та перев'язочних обладнуються відповідно передопераційна і передперев'язочні.

Для надання хірургічної допомоги пораненим особовий склад операційно-перев'язочного відділення розподіляється на однолікарські та дволікарські хірургічні бригади. До складу хірургічної бригади, що працює в операційній, входять: два лікаря, медична та операційна сестри. Хірургічна бригада, що працює в перев'язочній, включає: одного лікаря, операційну та медичну сестру.

З числа хірургів медичної роти можна організувати одну хірургічну бригаду дволікарського складу для роботи в операційній і по одній хірургічній бригаді однолікарського складу для роботи в перев'язочних. В одній із перев'язочних при такому варіанті розгортання працює лікар-стоматолог.

З досвіду медичного забезпечення ряду локальних війн, одна хірургічна бригада дволікарського складу за 16 годин роботи спроможна прооперувати до 6-8 поранених, одночасно працюючи на двох операційних столах (тривалість однієї операції 2-2,5 години), а одна хірургічна бригада однолікарського складу - біля 8-12 поранених, головним чином з приводу різного роду поранень тулуба та кінцівок (тривалість операції - 1,5-2 години).

Таким чином, загальні можливості медичної роти з проведення оперативних втручань за 16 годин роботи складають до 32 операцій. Це середні розрахункові дані. Продуктивність хірургічних бригад залежить від досвіду, кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу та їх злагодженості в роботі.

На принциповій схемі розгортання медичної роти наведено (як варіант), що передопераційна, операційна та протишокова (реанімаційна) об'єднані, а перев'язочні розгортаються окремо.

В операційній розгортаються два операційних столи на одну хірургічну бригаду, обладнуються столи із стерильними інструментами і перев'язувальними матеріалами, лікарськими засобами, для наркозу, регістратора. З медичного майна в операційну виділяють комплекти: Б-1, Б-2, Б-3, Б-4, Г-8, Г-9, Г-10, АН, апарати штучної вентиляції легенів, інгаляційного наркозу, кисень в балонах, антибіотики з комплекту АНТ, консервовану кров, кровозамінники та інше (рис. 8.10.).

Протишокова для поранених (реанімаційна) призначена для проведення комплексу протишовкових (реанімаційних) заходів, а саме: новокаїнові блокади, переливання крові та кровозамінників, введення протишовкових розчинів, знеболюючих засобів, серцевих та дихальних аналептиків та ін. Це одне з основних місць, де працює особовий склад відділення анестезіології та інтенсивної терапії. У відношенні до поранених, які потребують оперативного втручання, в протишовковій вирішуються питання щодо виду знеболювання; деяким з поранених вже тут надають внутрішньовенний наркоз.

Тому протишокова, як правило, розгортається в стик з операційною і забезпечується апаратурою для наркозу.

З медичного майна в протишокову виділяють комплекти Ш-1 (протишоківий), АН (анестезіологічний), апарати інгаляційного наркозу, штучної вентиляції легень, кисневу інгаляційну станцію (КІС-2 на 20 поранених), кисневі інгалятори, лікарські засоби та інше оснащення для проведення протишових реанімаційних заходів.

Протишокова обладнується складними польовими ліжками або ношами на підставках, флаконоутримувачами та столом для надання наркозу. Тут встановлюються пічки, тому що поранені, які знаходяться в стані шоку, потребують постійного зігрівання, t° повинна бути не нижче 20° С (рис. 8.11).

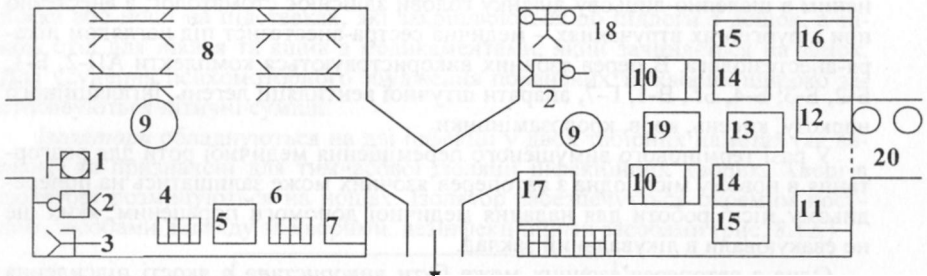


Рис. 8.10. Варіант обладнання передопераційної та операційної в медичній роті механізованої бригади

1 - бачок з питною водою; 2 - умивальник з тазиком; 3 - вішалка; 4 - ящик для речей поранених; 5 - стіл для засобів догляду; 6 - ящик для обмінного фонду білизни; 7 - лавка складна; 8 - підставка під ноші; 9 - пічка; 10 - стіл операційний польовий; 11 - столик інструментальний; 12 - столик анестезіолога (анестезиста); 13 - наркозний апарат; 14 - стіл для стерильних інструментів; 15 - стіл для перев'язувальних матеріалів; 16 - стіл для лікарських засобів; 17 - стіл реєстратора; 18 - тазики для миття рук хірургів; 19 - освітлювач безтіньовий похідний; 20 - балони з киснем.

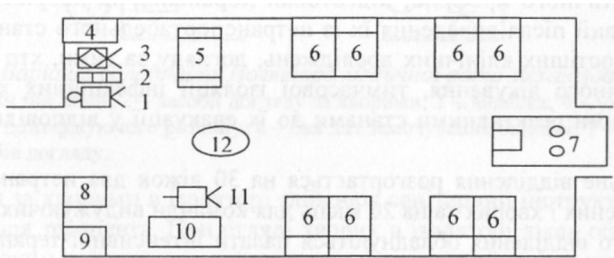


Рис. 8.11. Варіант обладнання протишової в медичній роті механізованої бригади

1 - умивальник з тазиком; 2 - наркозний апарат; 3 - столик анестезіолога; 4 - стіл для документів; 5 - стіл перев'язочний польовий; 6 - ліжко складне польове; 7 - киснева інгаляційна станція; 8 - стіл для стерильних розчинів та кровозамінників; 9 - стіл для стерильних матеріалів; 10 - стіл для медикаментів; 11 - столик інструментальний; 12 - пічка.

Перев'язочні для тяжкопоранених та поранених середньої тяжкості призначені для первинної хірургічної обробки ран та опікових поверхонь, ампутацій, зупинки кровотечі при пошкодженнях кровоносних судин, переливання крові та кровозамінників. Тут надається також перша лікарська допомога пораненим, стан яких не потребує проведення в медичній роті заходів кваліфікованої медичної допомоги.

В перев'язочних здійснюють новокаїнові блокади, виправляють та накладають окклюзійні пов'язки при відкритому пневмотораксі, виправляють дефекти імобілізації, проводять зміну пов'язок.

В перев'язочній працює одна хірургічна бригада у складі: лікаря, медичної сестри, реєстратора та санітара. При потребі необхідну допомогу пораненим в шелепно-лицьову ділянку голови здійснює стоматолог, а анестезію при хірургічних втручаннях - медична сестра-анестезист під наглядом лікаря-анестезіолога. В перев'язочних використовуються комплекти АП-2, Б-1, Б-2, Б-3, Б-4, БГ, В-1, Г-7, апарати штучної вентиляції легень, інгаляційного наркозу, кисень, кров, кровозамінники.

У разі термінового вимушеного переміщення медичної роти для розгортання в новому місці одна з автоперев'язочних може залишатись на попередньому місці роботи для надання медичної допомоги пораненим, яких ще не евакуювали в лікувальний заклад.

Одна з автоперев'язочних може бути використана в якості підсилення медичного пункту того механізованого батальйону, який має значні санітарні втрати та при затримці евакуації поранених з нього, або висуватись до осередку масових санітарних втрат і розгортатись на межі осередку для надання пораненим та хворим першої лікарської допомоги.

3. *Госпітальне відділення* медичної роти призначене для проведення заходів інтенсивної терапії, тимчасової госпіталізації нетранспортабельних поранених та хворих, їх лікування, надання медичної допомоги хворим терапевтичного профілю, підготовки поранених та хворих до подальшої евакуації після виведення їх із нетранспортабельного стану, проведення найпростіших клінічних досліджень, догляду за тими, хто потребує симптоматичного лікування, тимчасової ізоляції інфекційних хворих та осіб з гострими реактивними станами до їх евакуації у відповідні лікувальні заклади.

Госпітальне відділення розгортається на 30 ліжок для нетранспортабельних поранених і хворих та на 20 місць для команди видужуючих. У складі госпітального відділення обладнуються палати інтенсивної терапії для нетранспортабельних поранених і хворих та обпечених, психоізолятор, ізолятори (на дві інфекції) для інфекційних хворих, клінічна лабораторія, приміщення для команди видужуючих. Оснащення та обладнання наметів повинно бути типовим, що забезпечить їх ефективне використання при будь-якій структурі санітарних втрат, що надходять до медичної роти. У відділенні працюють лікар-терапевт, медичні сестри, лаборант, а при необхідності

анестезіологи і медичні сестри - анестезистки з відділення анестезіології та інтенсивної терапії.

Медичне оснащення госпітального відділення включає: комплекти Г-1, Г-2, Г-3, В-3, Б-3, Б-4, лікарські засоби з комплексу АНТ, апарати штучної вентиляції легень, кисневої терапії та інше оснащення. Для розміщення поранених та хворих в госпітальному відділенні встановлюються носі на підставках або складні польові ліжка з постільною білизною. Госпітальна палата інтенсивної терапії обладнується подібно до протишокової операційно-перев'язочного відділення.

Псіхізолятор госпітального відділення обладнується у табірному наметі і призначений для тимчасової ізоляції поранених та хворих з нервово-психічними розладами. В псіхізоляторі встановлюються складні польові ліжка або носі на підставках, які закріплюються до підлоги з дощок, а також стіл для лікаря та ящик з медикаментами, який зачиняється на замок. Для усунення психомоторного збудження поранених та хворих широко застосовуються літичні суміші.

Ізолятори обладнуються на дві інфекції у двох табірних наметах (як варіант) та призначені для тимчасової ізоляції інфекційних хворих. Хворі в ізоляторі розміщуються на ношах. Ізолятор забезпечується окремим посудом, засобами догляду за хворими, дезінфекційними засобами (рис. 8.12.).

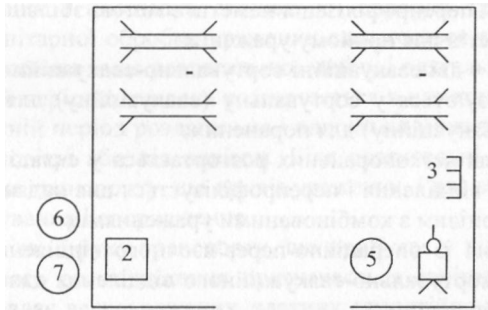


Рис. 8.12. Варіант обладнання ізолятора медичної роти механізованої бригади 1 — підставки під носі; 2 — засоби догляду за хворими; 3 — вішалка; 4 - умивальник; 5 — емність для дезінфікуючого розчину; 6 — бак для замочування білизни; 7 — бак для дезінфекції засобів догляду.

Догляд за хворими в ізоляторі здійснює санітарний інструктор під контролем лікаря терапевта. При огляді хворих в ізоляторі лікар обробляє руки дезінфікуючим розчином та одягає халат, закріплений за ізолятором.

Інфекційних хворих евакуюють на спеціально виділеному санітарному транспорті безпосередньо у військовий польовий інфекційний госпіталь.

Клінічна лабораторія медичної роти призначена для проведення загальних клінічних досліджень крові та сечі. Для роботи лабораторії виділяється відокремлене місце в одній з палат інтенсивної терапії госпітального відді-

лення. Клінічний лаборант, який працює в лабораторії, використовуючи майно комплексу Л-1, за робочий день може зробити до 40 аналізів крові.

У команді *видужуючих* утримуються легкопоранені та легкохворі з терміном лікування до 10 діб.

Нами розглянута принципова схема розгортання та організація роботи медичної роти при застосуванні противником звичайної зброї. В умовах застосування противником зброї масового ураження (ядерної, хімічної, біологічної) прогнозується значне надходження до медичної роти уражених військовослужбовців при наявності поранених від звичайної зброї.

При цьому необхідно враховувати, що:

- > кількість уражених, які надходять до медичної роти, зростає, і більшість з них потребує заходів інтенсивної терапії;
- > поряд з наданням ураженим заходів невідкладної хірургічної та терапевтичної допомоги вони потребують спеціальної обробки;
- > зростає кількість уражених з опіками;
- > надходить контингент уражених з променевою хворобою та комбінованими ураженнями.

Надходження уражених з осередку масових санітарних втрат вимагає суттєвих змін в організації роботи медичної роти.

Командуванням медичної роти здійснюється зміна в схемі розгортання медроти, проводиться перепрофілізація наметів з метою збільшення місткості сортувальних наметів для прийому уражених:

- > дві сортувальні і дві евакуаційні сортувально-евакуаційного відділення перепрофілізуються у сортувальну (евакуаційну) для уражених і сортувальну (евакуаційну) для поранених;
- > перев'язочна для легкопоранених розгортається у складі операційно-перев'язочного відділення і перепрофілізується для надання медичної допомоги потерпілим з комбінованими ураженнями;
- > автоперев'язочна із операційно-перев'язочного відділення розгортається у складі сортувально-евакуаційного відділення для надання допомоги легкопораненим.

Одну із двох палат інтенсивної терапії госпітального відділення профілізують для поранених, іншу - для уражених. Окрім цього, необхідно посилити відділення спеціальної обробки медичним персоналом та залучити лікарів-анестезіологів та інший медичний персонал до надання ураженим кваліфікованої терапевтичної допомоги.

Слід підкреслити, що операційно-перев'язочне та госпітальне відділення повинні працювати в тісній взаємодії. При завантаженні операційно-перев'язочного відділення значна кількість уражених, яким потрібна кваліфікована хірургічна допомога, повинні надходити безпосередньо із сортувально-евакуаційного в госпітальне відділення для проведення їм заходів інтенсивної терапії та підготовки до оперативних втручань. З іншого боку, при надходженні в медичну роту значної кількості уражених, яким потрібна

терапевтична допомога, особовий склад операційно-перев'язочного відділення і відділення анестезіології та інтенсивної терапії залучається до надання кваліфікованої терапевтичної допомоги зазначеному контингенту.

Уражені терапевтичного профілю, які потребують реанімаційних заходів, можуть направлятися в протишокову (реанімаційну) операційно-перев'язочного відділення, де є для цього сили та засоби.

4. Відділення спеціальної обробки призначено для повної санітарної обробки уражених. У відділенні також здійснюється визначення ступеня забрудненості отруйними речовинами пов'язок, при необхідності змінюються їх верхні шари. Крім того, проводиться часткова дегазація і дезактивація, повна дезінфекція обмундирування уражених, а також спеціальна обробка транспорту і нош, на яких вони були доставлені.

Відділення спеціальної обробки розгортається силами і засобами приймально-сортувального взводу медроту і легкопораненими із команди видужуючих. Очолює його фельдшер сортувально-евакуаційного відділення.

На оснащенні у відділенні є дезінфекційно-душова установка ДДА - 66, комплект для санітарної обробки (СО), комплект В - 5 (дезінфекція) і засоби для надання невідкладної медичної допомоги (перев'язувальні матеріали, антидоти, джгути та ін.).

У відділенні спеціальної обробки розгортається площадка санітарної обробки уражених і площадка спеціальної обробки транспорту та майна. Площадка санітарної обробки уражених створюється за принципом санітарного перепускника і має роздягальню, мийну і одягальню.

У зимовий період площадка розгортається в наметах або в інших приміщеннях, в літній період роздягальня і одягальня можуть бути розгорнуті на відкритому повітрі або під навісом. Біля роздягальні відводять місця для розвантаження транспорту, що привіз уражених, і для збирання забрудненого обмундирування і спорядження.

Для організації руху транспорту, що прибуває у відділення спеціальної обробки та його розвантаження призначається санітар або санінструктор. Він же направляє легкоуражених, здатних самостійно виконувати часткову дезактивацію (дегазацію) обмундирування, на визначену для цього площадку. Легкоуражені, які самостійно здійснили часткову дезактивацію (дегазацію), потім направляються в роздягальню.

У роздягальні обладнують місця для уражених на ношах і лави для легкоуражених, які можуть пересуватися самостійно. Тут проводиться дозиметричний контроль та огляд уражених для вирішення питань щодо можливості, черговості і способу їх санітарної обробки (миття під душем, обробка засобами СО або комбінованим способом). Тут же, при необхідності знімають верхні шари пов'язки, поправляють пов'язки і шини, промивають ураженому очі і порожнину рота, надають невідкладну медичну допомогу. В роздягальній здійснюється також підготовка уражених для направлення в мийну: знімають не зняті раніше обмундирування і білизну, пов'язки захи-

шають непроникаючими для води чохлами. Роздягальня, як правило, розгортається в наметі УСТ - 56 (УЗ, УЛ-63).

У випадках, коли очікується масове надходження уражених, місткість роздягальні збільшується або відводиться місце (приміщення) для осіб, що очікують санітарну обробку. В мийній проводиться миття теплою водою (37°-40°С) з милом, при необхідності застосовуються дегазуючі засоби.

Легкоуражені миються самостійно або з допомогою санітарів; тяжкоуражених миють санітари на спеціально пристосованих ношах.

В одягальні з метою визначення якості санітарної обробки уражених здійснюється їх дозиметричний контроль. При необхідності санітарна обробка повторюється.

Уражених одягають в чисту білизну, обмундирування і направляють у відповідні функціональні підрозділи медроти.

Повна дезінфекція і часткова дезактивація, дегазація обмундирування, білизни уражених, а також спеціальна обробка нош і транспортних засобів проводиться на площадці спеціальної обробки транспорту та майна. Остання обладнується на відстані 50-80 м від площадки санітарної обробки з підвітреної сторони. На площадці працюють один-два санітари і декілька військовослужбовців із команди видужуючих. Площадку обладнують засобами для розвішування обмундирування і білизни, відводять місце для спеціальної обробки (дезактивації, дезінфекції, дегазації) транспорту, на якому доставлені уражені і нош. На оснащенні площадки є: дегазаційні прилади, радіометрична апаратура, дегазуючі і дезінфікуючі засоби, відра, щітки та ін.

Найбільш простими способами дезактивації, що застосовуються на площадці, є очищення щітками, вибивання, провітрювання, обтирання водою з розчинниками.

Після дезактивації предмети обмундирування, а також транспорт підлягають дозиметричному контролю. Дезінфекція обмундирування проводиться у дезінфекційно-душових камерах. Для дегазації нош і транспорту використовуються дегазуючі речовини і розчини.

5. Аптека. Для розгортання аптеки використовуються підвали, землянки (бліндажі) або намети.

За добу роботи аптека може приготувати 150-200 л розчинів для ін'єкцій і інших форм ліків, провести прийом і відпуск медичного майна, необхідного для надання допомоги 500-600 пораненим і хворим.

Загальні запаси медичного майна спеціального призначення в медичній роті розраховані на 1000 поранених і хворих для надання кваліфікованої медичної допомоги і на 1000 поранених і хворих для поповнення запасів у підрозділах бригади.

Аптека також призначена для забезпечення медикаментами і лікувальними розчинами всіх функціональних підрозділів медичної роти згідно завмлень начальників цих підрозділів.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Завдання медичної служби механізованої (танкової) бригади.
2. Організаційна структура медичної служби механізованої (танкової бригади).
3. Обов'язки та оснащення стрільця-санітара взводу.
4. Обов'язки та оснащення санітарного інструктора роти.
5. Склад медичного пункту механізованого (танкового) батальйону.
6. Оснащення медичного пункту батальйону.
7. Обов'язки начальника медичного пункту батальйону.
8. Організація роботи медичного пункту батальйону в обороні.
9. Організація роботи медичного пункту батальйону в наступі.
10. Завдання медичної роти механізованої (танкової) бригади.
11. Організаційно-штатна структура медичної роти бригади.
12. Призначення, особовий склад і оснащення підрозділів медичної роти бригади.
13. Порядок розгортання медичної роти бригади.
14. Принципова схема розгортання медичної роти бригади.
15. Завдання сортувально-евакуаційного відділення (СЕВ), його обладнання та оснащення.
16. Організація роботи на сортувальному посту СЕВ, його обладнання та оснащення.
17. Організація роботи на сортувальній площадці СЕВ (обладнання та оснащення).
18. Призначення, обладнання та оснащення сортувальної для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості.
19. Призначення, обладнання та оснащення сортувальної для легкопоранених і хворих.
20. Призначення, обладнання та оснащення евакуаційних для тяжкопоранених і поранених середньої тяжкості та для легкопоранених і хворих.
21. Призначення, обладнання та оснащення перев'язочної для легкопоранених.
22. Призначення, обладнання та оснащення операційно-перев'язочного відділення, схема його розгортання та можливості з надання кваліфікованої хірургічної допомоги.
23. Призначення, обладнання та оснащення госпітального відділення, схема його розгортання.
24. Призначення, обладнання та оснащення відділення спеціальної обробки, схема його розгортання та організація роботи.

**ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
МЕХАНІЗОВАНОЇ (ТАНКОВОЇ) БРИГАДИ В ОБОРОНІ**

**9.1. Умови діяльності медичної служби бригади в обороні.
Можлива величина та структура санітарних втрат бригади в обороні**

Умови діяльності медичної служби механізованої бригади в обороні визначаються в значній мірі тим, як здійснюється підготовка та організація оборони. Бригада може переходити до оборони в ході бойових дій в умовах безпосереднього зіткнення з противником, або при відсутності безпосереднього зіткнення з противником. Сучасний оборонний бій характеризується напруженістю та динамічністю.

В умовах безпосереднього зіткнення з противником, короткі терміни, які відведені для організації оборони, створюють великі труднощі в підготовці медичної служби до роботи в оборонному бою. При відсутності безпосереднього зіткнення з противником складаються більш сприятливі умови для підготовки медичної служби до медичного забезпечення бою.

У ході бою війська можуть здійснювати перегрупкування і проводити контратаку. Велика напруженість оборонного бою створює можливість для виникнення значних санітарних втрат особового складу. В ході оборонного бою механізована бригада та її підрозділи повинні бути готові до самостійних дій у відриві від головних сил, а нерідко і в оточенні.

В обороні механізованому взводу призначається взводний опорний пункт (до 400 м по фронту, до 300 м вглибину), механізованій роті — ротний опорний пункт (до 1,5 км по фронту, до 1 км в глибину), механізованому батальйону - район оборони (до 5 км по фронту, 3 км вглибину), бригаді — ділянка оборони (до 15 км по фронту, до 15 км вглибину). Розташування сил та засобів медичної служби на значній площі ускладнює організацію медичного забезпечення військ, особливо проведення маневру та керування підрозділами медичної служби. Із вказаних особливостей оборонного бою випливає, що медична служба повинна надійно захистити свої підрозділи від впливу засобів ураження противника, утримувати їх в готовності до здійснення швидкого маневру, а також до роботи в умовах зараження атмосфери та місцевості РР, СДОР, БЗ. Поряд з тим, треба мати достатньо сил та засобів для надання медичної допомоги пораненим і хворим в умовах виникнення значних санітарних втрат та різкої зміни обстановки. Важливо завчасно передбачити заходи по медичному забезпеченню підрозділів, які ведуть бій в оточенні.

Противник може вклинюватися в оборону і заставити на даному напрямку відійти війська, що обороняються. При відході з утримуваної позиції може виникнути необхідність у здійсненні надзвичайних заходів з евакуації

поранених, що проводять з допомогою командування (одномоментна масова евакуація в тил, використання для евакуації бойової техніки, внос поранених особовим складом відступаючими підрозділами).

Великі труднощі в обороні виникають при розшуку поранених і їх вивозу з осередків масових санітарних втрат. Поранені можуть знаходитися в зруйнованих оборонних спорудах, під завалами, на місцевості, що заражена РР і СДОР та під вогневим ураженням противника.

Значні розміри ділянки оборони бригади та можливості вклинення противника визначають необхідність розгортання медичної роти в обороні, в стороні від можливого напрямку головного удару противника в важкодоступних для танків районах та на більшій відстані від лінії фронту, ніж у наступі. Враховуючи те, що в ході бою може виникнути необхідність пересування медичних пунктів батальйонів та медичної роти в тил, слід своєчасно вибрати (як правило за наступним оборонним рубежем) та обладнати запасні площадки.

При тривалому перебуванні військ в обороні виникає небезпека погіршення санітарно-гігієнічного та епідемічного стану займаної ними місцевості та оборонних споруд. При цьому в обороні медична служба, поряд з лікувально-евакуаційними заходами, повинна приділяти велику увагу проведенню санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів.

У ході оборонного бою в результаті ударів, нанесених противнику, можуть бути створені сприятливі умови для переходу з оборони в наступ. Медична служба повинна враховувати таку можливість і бути готовою до медичного забезпечення бригади в наступі.

9.2. Заходи медичної служби бригади в період підготовки до оборони, при веденні оборони, при веденні бою в оточенні та виході з оточення

Заходи медичної служби бригади в період підготовки до оборони. В період організації оборони медична служба проводить всі необхідні заходи з підготовки до медичного забезпечення бойових дій.

Підготовка медичної служби механізованої бригади до медичного забезпечення оборони включає:

- > уточнення і постановку нових завдань підрозділам медичної служби, а також планування медичного забезпечення;
- > евакуацію поранених і хворих із підрозділів медичної служби, особливо тих, які знаходяться під дією вогневого ураження противника;
- > розгортання медичних пунктів батальйонів, медичної роти бригади в призначених районах у відповідності з організацією оборони;
- > доукомплектування медичних пунктів батальйонів та медичної роти бригади особовим складом і транспортом;
- > поповнення витраченого медичного майна, створення необхідних його запасів;

- > забезпечення особового складу військ індивідуальними засобами медичного захисту та навчання правилам користування ними;
- > отримання засобів посилення від начальника медичної служби АК та їх розподіл по підрозділах, а також утворення необхідного резерву;
- > організація медичної розвідки з метою використання донесень про санітарно-епідемічний стан ділянки оборони бригади;
- > організацію і проведення необхідних санітарно-гігієнічних та проти-епідемічних заходів;
- > санітарний нагляд за харчуванням, водопостачанням, станом оборонних споруд, розташуванням військ, проведення профілактичних щеплень, гігієнічне миття особового складу тощо;
- > проведення медичних заходів на випадок виникнення масових санітарних втрат, виділення особового складу та транспорту для участі в лікувально-евакуаційних заходах в осередках, утворення резерву медичного майна для забезпечення роботи підрозділів, що виділяються для проведення рятувальних робіт, підготовку медичної роти до прийому за короткий час великої кількості поранених та хворих;
- > проведення заходів щодо захисту сил та засобів медичної служби від засобів ураження противника (обладнання сховищ, підготовка засобів захисту);
- > проведення занять із військово-медичної підготовки з особовим складом бригади і спеціальної підготовки з особовим складом медичної служби.

У період підготовки до оборонного бою санітарний інструктор роти проводить ретельно обстеження місцевості, яку буде обороняти рота, ставить завдання стрільцям-санітарам, намічає і позначає шляхи вивозу (виносу) поранених, вибирає можливі місця під'їзду санітарних транспортерів, доповідає командирі роти перелік робіт, які необхідно провести для забезпечення безперервного вивозу (виносу) поранених (розширення окремих ділянок траншей, обладнання переходів через траншеї, обладнання драбин для виходу з траншеї тощо), перевіряє наявність у особового складу роти індивідуальних засобів медичного захисту, а при необхідності навчає особовий склад правилам надання першої медичної допомоги при бойових ураженнях.

В опорному пункті роти санітарний інструктор організує медичний пост роти (МПР).

МПР обладнується як сховище (перекрита ділянка траншеї, бліндаж тощо), в якому тимчасово можуть розмішуватися поранені. МПР обладнується поблизу спостережного пункту командира роти. Тут утворюються запаси засобів для надання першої медичної допомоги, підстилочного матеріалу і води.

Начальник МПБ при організації оборони проводить медичну розвідку, в ході якої визначає місце (місця) для посту санітарного транспорту (ПСТ),

намічає шляхи вивозу (виносу) поранених із рот до ПСТ чи на МПБ, вибирає (з урахуванням вказівок командира батальйону і начальника медичної служби бригади) основні та запасні площадки для розгортання МПБ, оцінює епідемічний стан району оборони і санітарно-гігієнічні умови розташування особового складу.

Результати медичної розвідки та конкретні пропозиції з організації медичного забезпечення батальйону доповідаються командир батальйону. Найбільш важливі положення, що впливають на організацію медичного забезпечення бригади в цілому, начальник МПБ доповідає начальнику медичної служби бригади.

За умов жорсткого ліміту часу для підготовки оборони, командир батальйону при постановці завдань командирам підрозділів може вказувати начальнику МПБ місця розгортання МПБ і розташування ПСТ, а також визначати основні шляхи вивозу (виносу) поранених з рот.

У відповідності з вказівками командира батальйону та начальника медичної служби бригади начальник МПБ розгортає медичний пункт і організує пости санітарного транспорту. МПБ необхідно розгортати в обладнаних сховищах в глибині району оборони батальйону на відстані до 3 км від переднього краю. Обладнання сховища для МПБ включається командиром батальйону в перелік інженерних робіт першої черги.

З метою скорочення відстані евакуації поранених з підрозділів поблизу опорного пункту роти, найбільш віддаленого від МПБ, організовується ПСТ за рахунок санітарного автомобіля МПБ чи медичної роти бригади. Евакуація поранених і хворих з ПСТ проводиться до медичної роти бригади.

У період організації оборони начальник МПБ вказує санінструкторам рот (на місцевості) шляхи вивозу (виносу) та місця укриття поранених, уточнює розміри запасів медичного майна в ротах та порядок його поповнення під час бою, вказує (також на місцевості) місце ПСТ, основні та запасні місця для розгортання МПБ. Визначається порядок роботи засобів збору і евакуації поранених, встановлюються сигнали, даються вказівки про порядок зв'язку санітарних інструкторів з МПБ. Начальник МПБ зобов'язаний контролювати виконання розпоряджень командира батальйону про проведення робіт, що забезпечують безперервний вивіз (винос) поранених з рот (використання ходів сполучення для виносу з обладнанням проходів для санітарного транспорту та автомобілів) і утворення відповідних умов для роботи МПБ (обладнання і маскування укриття для МПБ, обладнання під'їздів до МПБ).

Начальник медичної служби бригади при переході до оборони зобов'язаний організувати медичну розвідку ділянки оборони, намітити рубіж чи місця розгортання МПБ, шляхи евакуації з батальйонів, місце розгортання медичної роти і запасну площадку для неї.

Разом з начальником інженерної служби бригади він узгоджує обсяг, характер та черговість інженерних робіт, необхідних для маскування медич-

ної роти та обладнання шляхів евакуації, розподілу засобів посилення по батальйонам і ставить завдання підлеглим.

Медр розгортається в укриттях, наметах в глибині ділянки оборони за другим ешелonom бойового порядку бригади на відстані 10—15 км від переднього краю оборони з урахуванням захисних та маскуючих властивостей місцевості. Одночасно вибирається і обладнується запасна площадка. Обладнання сховищ для медичної роти включається в перелік інженерних робіт першої черги.

Медичне забезпечення підрозділів, які обороняють передову позицію (що обладнується на відстані 6-8 км від переднього краю оборони бригади), здійснюється силами та засобами медичної служби цих підрозділів. Його організує начальник медичної служби бригади. Медичні пости рот вказаних підрозділів розташовуються в пристосованих сховищах в глибині своїх опорних пунктів. Для забезпечення своєчасного надання медичної допомоги, збору і вивозу поранених в ці підрозділи можуть направлятися сили і засоби з підрозділу збору та евакуації поранених медичної роти.

Одним із важливих етапів роботи начальника медичної служби бригади при підготовці медичної служби до наступного бою є планування медичного забезпечення. План медичного забезпечення бригади - це сформульоване і узгоджене рішення начальника медичної служби бригади, оформлене на робочій карті чи схемі, підписане виконавцем і затверджене командиром бригади.

Медичне забезпечення бригади при веденні оборони. В ході оборонного бою першочергового значення набуває організація швидкого вивозу і вивозу поранених з поля бою, надання їм першої медичної допомоги та евакуації їх в тил. Стрільці санітари взводів і санітарні інструктори рот надають пораненим першу медичну допомогу і захищають їх від повторних уражень, використовуючи для цього оборонні споруди, МПР, а також захисні властивості місцевості.

Особовий склад підрозділу збору та евакуації поранених, використовуючи захисні властивості місцевості, вносить поранених через ходи сполучень з поля бою та МПР, до ПСТ та МПБ. Після надання пораненим та хворим першої медичної та долікарської допомоги на ПСТ та МПБ, їх евакуюють санітарним транспортом безпосередньо до медичної роти. Евакуація поранених та хворих до медичної роти може здійснюватися не тільки санітарним транспортом, а й транспортом загального призначення, який виділяє командування.

Обсяг заходів медичної допомоги, що надається у медичній роті бригади, яка знаходиться на напрямку головного удару противника (з початком його наступу), звичайно скорочують і обмежують до проведення заходів першої лікарської допомоги чи невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги. Медична рота повинна бути в постійній готовності до перевезення в новий район.

Надання першої медичної допомоги пораненим в підрозділах, що обороняють передову позицію, та їх вивіз з поля бою проводиться у відповідності з вищевказаними положеннями. Евакуація поранених і хворих з цих підрозділів може здійснюватись на МПБ першого ешелону бригади чи безпосередньо в медичну роту.

У випадку вклинення противника в оборону військ, що обороняються, застосовуються заходи із забезпечення вивозу (виносу) всіх поранених з поля бою, для чого використовуються сили та засоби, які знаходяться в розпорядженні начальника медичної служби бригади, а також засоби командування бригади (для цієї мети залучаються особовий склад та бойові машини підрозділів, що відходять).

При вимушених пересуваннях медичних пунктів батальйонів безперервність з надання медичної допомоги пораненим забезпечується проведенням різних видів маневру. Зокрема при необхідності пересування МПБ поранені з медичних постів рот чи ПСТ направляються безпосередньо в медичну роту; для посилення евакуації з батальйонів додатково виділяється санітарний транспорт. При пересуванні медичної роти на запасну площадку розпорядженням начальника медичної служби АК евакуація поранених проводиться до медичної роти інших бригад або безпосередньо в ВППГ.

При організації медичного забезпечення бригади **при загрозі її оточення** особлива увага приділяється:

- > швидкій евакуації всіх поранених та хворих за межі можливого району оточення;
- > наближенню медичних пунктів батальйонів та медичної роти бригади до бойових порядків підрозділів;
- > обладнанню додаткових споруд (сховищ) для розташування поранених і хворих на випадок вимушеного припинення евакуації;
- > створенню запасів медичного майна;
- > посиленню медичних пунктів батальйонів та медичної роти бригади засобами збору, вивозу та евакуації поранених і хворих, а при необхідності і медичним складом;

У організації евакуації поранених та хворих з підрозділів до медичної роти, а також евакуації поранених та хворих повітряним транспортом з району оточення.

Медична рота розгортається в центрі району оточення бригади під захистом другого ешелону, поблизу площадки, підготовленої для прийому вертольотів.

Район розташування медичної роти обладнується як опорний пункт і включається в загальну систему оборони бригади.

Перша медична допомога пораненим і хворим, їх збір та вивіз (винос) з підрозділів при **веденні бою бригади в оточенні** здійснюється так, як і в обороні. У випадку порушення евакуації з району оточення в медичній роті пораненим і хворим надається перша лікарська допомога в повному обсязі і

невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги. Після надання першої лікарської допомоги поранені і хворі, що не потребують кваліфікованої медичної допомоги, можуть затримуватися в медичній роті.

При загрозі розчленування оточеної бригади на декілька угруповань медичний пункт механізованого батальйону, якому належить діяти у відриві від головних сил бригади, посилюється силами та засобами медроти для забезпечення надання першої лікарської допомоги в скороченому обсязі.

Повітряним транспортом з району оточення в першу чергу евакуюються поранені та хворі у важкому стані.

При організації медичного забезпечення бригади **під час виходу з оточення** особливу увагу приділяють: організації медичного забезпечення підрозділів прориву та прикриття, максимальному звільненню медичних пунктів батальйонів (дивізіонів) від поранених і хворих шляхом їх евакуації повітряним транспортом і підготовці поранених та хворих, які залишаються до прибуття транспорту, організації виходу з оточення медичних пунктів батальйонів та медр.

Медичні пункти підрозділів прикриття посилюються засобами збору і евакуації поранених та хворих, а поранені і хворі з них завчасно евакуюються в медичну роту. При виході з оточення поранені і хворі, які з'явилися в підрозділах прориву та прикриття, евакуюються цими підрозділами за собою. Для евакуації поранених і хворих використовують всі наявні транспортні засоби та бойову техніку.

При виході з оточення медичні пункти батальйонів та медична рота пересуваються за військами, що здійснюють прорив. На коротких зупинках надають пораненим та хворим медичну допомогу і вивозять їх за собою.

При невисокому темпі прориву і значних санітарних втратах, медична рота може розгортатися повністю чи частково. В медичній роті повинен бути зосереджений резерв транспортних засобів, які забезпечать вчасну евакуацію поранених і хворих.

Вихід медичних підрозділів з оточення забезпечується підрозділами, виділеними для їх захисту; безпосередня охорона медичних підрозділів здійснюється їх особовим складом, а також легкопораненими та легкохворими, які здатні вести бій. В оборонному бою підрозділи бригади, які призначені для проведення контратаки, повинні своєчасно підсилюватися силами та засобами збору, вивозу (виносу) і евакуації поранених та хворих.

Начальник медичної служби бригади повинен приймати активну участь в організації і проведенні заходів при виникненні осередків масових санітарних втрат, враховуючи при цьому наступні основні положення:

- > надання медичної допомоги та евакуацію постраждалих слід розпочинати з тих ділянок району ураження, які в першу чергу можуть бути захоплені військами противника;

- > при загрозі виходу противника в район осередку масових санітарних втрат необхідно проводити тільки ті заходи, що забезпечать стабілізацію життєво важливих функцій;
- > потреба в транспорті повинна визначатися з розрахунку евакуації всіх уражених з осередку за один рейс.

Медицина рота, що приймає постраждалих з осередку масового ураження, вимушена часто здійснювати так звану "транзитну" евакуацію до ВППГ. Умовою, що дозволяє успішно здійснювати таку евакуацію, є медичне сортування уражених, яке проводиться лікарем безпосередньо в автомобілях.

При цьому виділяються:

а) уражені, які не можуть евакуюватись в ВППГ без надання медичної допомоги в операційно-перев'язочному відділенні медр;

б) уражені, які потребують невідкладних медичних заходів, але їх можна здійснити безпосередньо на транспортних засобах (введення серцево-судинних та дихальних аналептиків, знеболюючих засобів, виправлення пов'язок та ін.).

9.3. Управління медичною службою бригади в обороні

Управління медичною службою механізованої бригади під час бойових дій вимагає від начальника медичної служби бригади враховувати всі дані обстановки, приймати необхідне рішення та доводити його до підлеглих шляхом віддання відповідних розпоряджень.

З метою своєчасного отримання даних щодо змін бойової обстановки начальник медичної служби бригади повинен знаходитись на КП бригади і звідти здійснювати управління медичною службою. При необхідності начальник медичної служби прибуває до медроти чи інших медичних підрозділів для вирішення складних питань безпосередньо на місці.

Оцінка обстановки, що склалася на певний момент під час бою, проводиться у тій же послідовності, що і в підготовчий до бою період. Начальник медичної служби бригади, оцінюючи обстановку, обов'язково повинен враховувати рішення командира бригади про подальші дії бригади та зробити наступні висновки щодо:

- > характеру подальших дій (здійснених та передбачуваних) військ противника;
- > характеру дій (здійснених та передбачуваних) бригади та сусідів, боєздатності підрозділів, величини санітарних втрат;
- > впливу місцевості на бойові дії військ та медичної служби (труднощі вивозу та евакуації поранених, розташування медичних пунктів батальйонів та медичної роти бригади);
- > радіаційної, хімічної та бактеріологічної обстановки на ділянці оборони, впливу її на роботу медичної служби;
- > стану сил та засобів медичної служби (втрати транспорту, особового складу та медичного майна, своєчасність надання усіх видів допомоги

пораненим та хворим, їх вивіз та евакуація, наявність транспорту та необхідність його застосування тощо).

На основі висновків начальник медичної служби бригади приймає рішення щодо медичного забезпечення бригади під час бою, яке містить питання:

- > направлення особового складу у підрозділи для відновлення втрат сил і засобів медичної служби;
- > направлення санітарного транспорту та транспорту загального призначення у підрозділи, що ведуть бій, для відновлення втрат та прискорення евакуації поранених і хворих;
- > направлення резерву сил та засобів медичної служби у підрозділи, які вводяться у бій;
- > направлення сил та засобів медичної служби в осередки масових санітарних втрат;
- > пересування підрозділів медичної служби у відповідності з планом медичного забезпечення, вид маневру, строк готовності до роботи на новому місці;
- > подання заявок начальнику медичної служби АК для виділення санітарного транспорту і медичного майна та заступнику командира бригади з тилу для виділення додатково машинорейсів транспорту загального призначення.

На основі прийнятого рішення начальник медичної служби бригади видає відповідні розпорядження (через засоби автоматизованої системи управління чи зв'язку) підлеглим, звертається за допомогою до командира бригади, доповідає обстановку начальнику медичної служби АК.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Умови діяльності медичної служби бригади в обороні.
2. Заходи медичної служби бригади в період підготовки до оборони.
3. Організація лікувально-евакуаційних заходів бригади в обороні.
4. Управління медичною службою бригади в обороні.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕХАНІЗОВАНОЇ (ТАНКОВОЇ) БРИГАДИ В НАСТУПІ

10.1. Умови діяльності медичної служби в наступі

При організації медичного забезпечення бригади в наступі необхідно враховувати:

- > місце бригади в бойовому порядку армійського корпусу;
- > спосіб переходу бригади у наступ (з висуванням із глибини чи з положення безпосереднього зіткнення з противником);
- > бойові завдання, побудову бойового порядку, організацію бою і тилового забезпечення;
- > характерні риси сучасного бою в наступі: рішучість, висока маневреність і темп, напруженість і швидкоплинність, швидкі і різкі зміни обстановки;
- > побудову оборони противника, можливий характер його бойових дій та застосування різних видів зброї;
- > величину і структуру санітарних втрат, їх розподіл за елементами бойового порядку та завданнями;
- > завдання, які поставлені перед медичною службою;
- > склад і стан медичної служби;
- > медико-географічні та метеорологічні умови.

При організації медичного забезпечення військ в наступі особлива увага звертається на:

- > розшук поранених і хворих, надання їм першої медичної допомоги, збір і вивіз (винос) їх з поля бою і евакуацію на медичні пункти батальйонів, в медичну роту бригади;
- > забезпечення безперервності в наданні першої лікарської допомоги;
- > проведення маневру силами та засобами медичної служби;
- > проведення безперервної та цілеспрямованої медичної розвідки у смозі бойових дій.

10.2. Заходи медичної служби в період підготовки до наступу

При підготовці до наступу проводиться планування медичного забезпечення, ставляться завдання підлеглим, здійснюється підготовка сил і засобів медичної служби та проводяться необхідні заходи медичної служби серед особового складу бригади.

Підготовка сил і засобів медичної служби бригади до забезпечення майбутнього бою включає:

- > звільнення медичних пунктів батальйонів, медичної роти від поранених і хворих;
- > доукомплектування особовим складом і транспортними засобами підрозділів медичної служби;

- > поповнення медичного майна, створення необхідних запасів і приведення в готовність медичної техніки;
- > прийом засобів підсилення від вищого начальника медичної служби (командира), розподіл своїх та приданих сил і засобів у відповідності з прийнятим рішенням, а також створення необхідного резерву;
- > створення угруповання сил і засобів медичної служби у визначених районах;
- > цілеспрямовану підготовку підрозділів медичної служби з урахуванням їх завдань в наступному бою.

Заходи медичної служби серед особового складу бригади при підготовці до наступу включають:

- > забезпечення особового складу військ індивідуальними засобами медичного захисту і надання першої медичної допомоги;
- > навчання особового складу бригади способам надання першої медичної допомоги, а також заходам попередження уражень і захворювань;
- ^ проведення лікувально-профілактичних заходів серед військово-службовців, які отримали ураження РР, СДОР, БЗ, але зберегли боєздатність;
- > проведення заходів щодо підвищення стійкості особового складу до збудників інфекційних захворювань;
- > медичний контроль за проведенням миття особового складу зі зміною білизни і при необхідності за дезінфекцією та дезінсекцією одягу.

Готовність медичної служби до медичного забезпечення визначається часом готовності військ до наступу. Одним із важливих напрямків роботи начальника медичної служби бригади при підготовці медичної служби до наступного бою є оформлення плану медичного забезпечення.

10.3. Організація медичного забезпечення бригади в наступі при висуванні із глибини

Медичне забезпечення в наступі на противника, що обороняється, при висуванні із глибини включає: медичне забезпечення у вихідному районі; медичне забезпечення при висуванні до рубежу переходу в атаку і медичне забезпечення атаки та під час бою.

У вихідному районі медичні підрозділи, як правило, не розгортаються, або розгортаються частиною сил, здійснюють підготовку до роботи у наступальному бою і знаходяться в постійній готовності до висування.

Медична допомога пораненим і хворим у вихідному районі надається: перша і долікарська - в підрозділах; перша лікарська і кваліфікована медична допомога - в частково розгорнутій медр.

До початку висування медичні підрозділи згортаються і займають відведене місце в похідних колонах.

Медичні пункти батальйонів слідує у складі похідних колон батальйонів, медична рота бригади - за першим ешеленом бригади. Сили і засоби, ви-

ділені для посилення медичних пунктів батальйонів, заздалегідь направляються в батальйони і пересуваються в колонах разом з медичними пунктами.

Перша медична допомога пораненим і хворим при висуванні військ до рубежу переходу в атаку надається у вигляді самопомоги та взаємодопомоги, стрільцями-санітарами і санітарними інструкторами рот безпосередньо в бойових машинах (автомобілях); поранених і хворих, які знаходяться у бойових машинах (автомобілях) і зберегли здатність до пересування, як правило, залишають на місці до рубежу спішування чи появи іншої можливості вивантаження із них; поранені і хворі, які знаходяться в пошкоджених бойових машинах (автомобілях), видаляються з них і зосереджуються в укритті поблизу дороги. Місця знаходження поранених і хворих позначаються добре помітними знаками. Збір поранених і хворих здійснюється санітарним транспортом і спеціально обладнаними транспортними засобами загального призначення, що висуваються з медичною ротою і у замиканні колон.

При виникненні масових санітарних втрат в ході висування перша медична допомога пораненим і хворим надається в порядку самопомоги і взаємодопомоги, медичним складом підрозділів, що зазнали ураження, а також особовим складом загону ліквідації наслідків застосування противником ЗМУ в осередку масових санітарних втрат. Для надання першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги, як правило, використовуються медичні підрозділи та заклади, розгорнуті на маршрутах висування бригади чи поблизу від них.

До початку атаки санітарний інструктор, як правило, знаходиться поблизу командира роти, медичні пункти батальйонів розташовуються за першими ешелонами своїх батальйонів.

При проведенні атаки переднього краю противника в комбінованому бойовому порядку медична рота розгортається за першим ешелonom бригади на відстані 6-8 км від лінії фронту.

У випадку прориву оборони противника і атаки в єдиному броньованому бойовому порядку медична рота пересувається за першим ешелonom бригади і розгортається в залежності від обстановки. В цьому випадку з початком бою розгортається автоперев'язочна.

При проведенні атаки противника в єдиному броньованому бойовому порядку (без спішування підрозділів) перша медична допомога пораненим і хворим надається в порядку самопомоги і взаємодопомоги в бойових машинах. Після надання першої медичної допомоги поранених і хворих при першій нагоді санітарні інструктори (стрільці-санітари) висаджують з бойових машин, захищають і позначають добре помітними знаками, а при наявності і приладами радіопередачі.

Ланки санітарів-носіїв слідують за бойовими порядками рот, здійснюють розшук поранених та хворих, зосереджують їх в "гніздах поранених" на маршруті пересування медичного пункту батальйону. Маршрут руху ланок

санітарів-носіїв повинен забезпечувати розшук поранених і хворих у всіх місцях можливого їх знаходження. Під час атаки противника в комбінованому бойовому порядку (зі спішуванням механізованих підрозділів) перша медична допомога надається в порядку самопомоги і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами і санітарними інструкторами рот, які знаходяться безпосередньо в бойових порядках своїх підрозділів, а також санітарами-носіями. Збір і винос поранених та хворих з поля бою проводяться так само, як і при атаці в єдиному броньованому бойовому порядку.

Начальник медичної служби бригади організовує додатковий розшук поранених в місцях найбільших втрат, а також в тих місцях, де через складні умови місцевості розшук був ускладнений (кущі, населені пункти та ін.).

Медичний пункт батальйону пересувається по заздалегідь наміченому маршруту за бойовим порядком батальйону, зупиняється в місцях зосередження поранених і хворих, надає долікарську допомогу тим, хто її потребує, і якщо підійшов санітарний транспорт забезпечує їх завантаження на транспортні засоби, що здійснюють евакуацію в медичну роту бригади. Начальник медичного пункту батальйону про місця зосередження поранених доповідає начальнику медичної служби бригади (командиру медичної роти).

Передовий і рейдові загони, що висилаються бригадою, посилюються силами і засобами медичної служби бригади: у складі батальйону - за рахунок медичної роти лікарським і середнім медичним персоналом із необхідним майном для надання першої лікарської допомоги, а також засобами збору та евакуації поранених і хворих; у складі роти - середнім медичним персоналом з майном для надання долікарської допомоги, засобами збору та евакуації поранених і хворих.

Медичні пункти передового і рейдового загонів розгортаються з введенням в бій їх головних сил, якомога ближче до військ.

Евакуація поранених і хворих з медичних пунктів передового і рейдового загонів у складі батальйону проводиться в медр, а у складі роти - на найближчі медичні пункти батальйонів. При відсутності такої можливості поранених і хворих перевозять за собою.

Тактичний повітряний десант у складі батальйону (роти) посилюється лікарем (фельдшером) з необхідним медичним майном.

Медичне забезпечення десанту у вихідному районі для десантування і після об'єднання десанту з головними силами бригади здійснюється її медичними силами і засобами.

10.4. Особливості організації медичного забезпечення бригади в наступі з положення безпосереднього зіткнення з противником

До початку наступу на противника з положення безпосереднього зіткнення з ним (з положення оборони чи після зайняття вихідного положення для наступу з висуванням із глибини та одночасною заміною військ, що

обороняються), як правило, створюється таке ж угруповання сил і засобів медичної служби бригади, як і при наступі з висуванням із глибини в комбінованому бойовому порядку. При наступі з положення оборони, в залежності від обстановки і часу, що виділяється на підготовку до наступу, медичні пункти батальйонів і медична рота залишаються на своїх місцях.

При зайнятті бригадою вихідного положення при наступі з висуванням із глибини та одночасною заміною військ, що обороняються, медр пересувається у вихідний район за батальйонами першого ешелону бригади та розгортається в призначеному місці. Для розташування медичних підрозділів максимально використовують інженерні споруди частин, що замінюються.

Начальники медичної служби бригад, що замінюються, і тих, які замінюють, узгоджують питання медичного забезпечення військ на період заміни.

Медичне забезпечення бригади при прориві оборони і розвитку наступу військ із положення безпосереднього зіткнення з противником здійснюється таким же чином, як і при наступі на противника з висуванням із глибини.

10.5. Організація медичного забезпечення бригади в ході наступу, при переслідуванні противника

При організації медичного забезпечення при переслідуванні противника необхідно враховувати:

- > умови виникнення переслідування (в результаті успішного розвитку наступу, зустрічного бою чи відходу противника);
- > спосіб переслідування: з фронту, по шляхах, паралельних напрямку відходу противника; комбінованим способом - одночасно з фронту і паралельним напрямком;
- > ведення переслідування безперервно вдень і вночі, за будь-яких погодних умов з використанням якомога більшої кількості шляхів, паралельно напрямку відходу противника; стрімке просування військ в поєднанні з боями на окремих рубежах;
- > велику глибину завдань, широке застосування передових, рейдових загонів, а також тактичних повітряних десантів (десантно-штурмових підрозділів).

З отриманням даних про перехід бригади до переслідування, начальник медичної служби бригади приймає рішення на організацію медичного забезпечення, в якому особливу увагу звертає на:

- > заходи з підготовки медичної служби бригади до медичного забезпечення переслідування;
- > визначення завдань і місця підрозділів медичної служби в колонах бригади, порядок їх пересування і роботи;
- > організацію медичного забезпечення передових, рейдових загонів і тактичного повітряного десанту;

- > організацію евакуації поранених і хворих в ході переслідування.

При переході до переслідування медичні пункти батальйонів слідують за своїми батальйонами, медична рота переміщується безпосередньо за головними підрозділами бригади.

У ході переслідування медрота розгортається, як правило, з введенням в бій основних сил бригади.

Евакуація поранених і хворих при переслідуванні противника ведеться в розгорнуті медичні підрозділи і заклади, що забезпечували попередні бойові дії, а також в медичні підрозділи і заклади, що розгортаються в ході переслідування. За відсутності можливості евакуації поранених і хворих з бригади, що веде переслідування, їх перевозять за собою. Для евакуації поранених і хворих при переслідуванні використовується також і повітряний транспорт.

10.6. Управління медичною службою бригади в наступі

З метою своєчасного отримання даних щодо змін бойової обстановки начальник медичної служби бригади знаходиться на КП бригади і звітні здійснює управління медичною службою. У разі потреби начальник медичної служби виїжджає до медичної роти та у підрозділи, для вирішення складних питань безпосередньо на місці.

Оцінка обстановки, що склалася на певний час бою, здійснюється в такій самій послідовності, як і в підготовчий період до бою. Начальник медичної служби бригади, оцінюючи обстановку, обов'язково повинен враховувати рішення командира бригади щодо характеру подальших дій бригади та робити висновки щодо:

- > характеру подальших бойових дій (здійснених та передбачуваних) військ противника;
- > характеру бойових дій (здійснених та передбачуваних) бригади та суцідів, боєдатності підрозділів, величини санітарних втрат;
- > впливу місцевості на бойові дії військ та організацію роботи медичної служби (складнощі вивозу, виносу та подальшої евакуації поранених, розташування медичних пунктів батальйонів та медичної роти);
- > стану сил та засобів медичної служби (втрати транспорту, особового складу та медичного майна, своєчасність надання усіх видів медичної допомоги пораненим та хворим, їх вивіз та евакуація, наявність резерву та необхідність його використання та ін.).

На основі зроблених висновків начальник медичної служби бригади уточнює рішення з медичного забезпечення бригади під час бою, яке включає:

- > виділення медичного складу з медичної роти у підрозділи бригади для тимчасової заміни медичного персоналу, який вийшов із ладу, та своєчасного надання медичної допомоги пораненим і хворим;

- > виділення санітарного транспорту у підрозділи, що ведуть бій, для тимчасового відновлення втрат у транспорті та для прискорення евакуації поранених і хворих;
- > направлення резерву сил та засобів медичної служби у підрозділи, які вводяться в бій;
- > пересування підрозділів медичної служби у відповідності з планом медичного забезпечення, вид маневру, строк готовності до роботи на новому місці;
- > подання заявок начальнику медичної служби АК для виділення санітарного транспорту та медичного майна; заступнику командира бригади з тилу для виділення додатково машинорейсів транспорту загального призначення.

На основі прийнятого рішення начальник медичної служби бригади видає відповідні розпорядження (у вигляді радіограми або у письмовому вигляді) підлеглим, звертається за допомогою до командира бригади, доповідає обстановку начальнику медичної служби АК.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Умови діяльності медичної служби бригади в наступі.
2. Заходи медичної служби бригади в період підготовки до наступу.
3. Які етапи включає медичне забезпечення бригади в наступі на противника, що обороняється, при висуванні із глибини?
4. Особливості медичного забезпечення бригади у наступі з положення безпосереднього зіткнення з противником.

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МАРШУ, ЗУСТРІЧНОГО БОЮ ТА ПЕРЕВЕЗЕНЬ ВІЙСЬК

В умовах ведення високоманеврених бойових дій значно зросла роль пересування військ, особливо маршів. Війська завжди повинні бути готовими до пересування на велику відстань в умовах постійної загрози застосування противником авіації, повітряних десантів та диверсійно-розвідувальних груп, радіоактивного, хімічного зараження при руйнуванні потенційно небезпечних об'єктів. Це вимагає ретельної підготовки озброєння, військової та іншої техніки, особового складу до маршу та перевезення, умілої їх організації, всебічного забезпечення та маршового уміння підрозділів.

Пересування військ - організоване переміщення їх маршем, перевезення з використанням різних видів транспорту (автомобільного, залізничного, морського, річкового, повітряного) або переміщення комбінованим способом з метою виходу у встановлений (визначений) час у визначений район чи на вказаний рубіж у повній готовності до виконання бойового завдання.

У сучасних умовах, коли бойовим діям військ притаманні маневреність, динамічність, просторовий розмах, пересування стало невід'ємною частиною бою. На сьогодні різні способи пересування широко застосовують при висуванні військ у райони бойових дій, перегрупуваннях і маневрі силами та засобами, які проводять з різною метою при підготовці і під час бою.

Марш є основним способом пересування військ. **Марш - це організоване пересування військ у колонах своїм ходом на штатній техніці (танках, бойових машинах піхоти, бронетранспортерах, автомобілях) чи в пішому порядку (взимку — на лижах) по дорогах і колонних шляхах з метою виходу в призначений район або на вказаний рубіж.**

Марш здійснюють у тих випадках, коли для пересування військ неможливе чи недоцільне використання будь-якого виду транспорту. Можливість застосування маршу в будь-якій обстановці, не тільки в глибокому тилу своїх військ, а й в районі бойових дій, робить його найбільш розповсюдженим способом пересування.

Під час пересування військ маршем зберігається організаційна цілісність військових формувань, створюються сприятливіші, а ніж при інших способах пересування, умови для всебічного забезпечення, надійного управління і підтримання постійної бойової готовності військ. Однак пересування своїм ходом, особливо на великі відстані, потребує великого напруження сил особового складу, перш за все механіків-водіїв і водіїв бойових машин, збільшує зношеність озброєння техніки і озброєння, витрати моторесурсів і пального.

Про здатність військ здійснювати пересування, зберігаючи бойову готовність, судять за їхніми маршовими можливостями: середньою швидкістю руху та величиною добового переходу. Величина добового переходу може

бути такою: для змішаних та танкових колон - до 250 км, для автомобільних - до 300 км. Середня швидкість руху без урахування часу на привали може становити: змішаних та танкових колон - до 25 км/год; автомобільних колон - до 30 км/год.

У горах, лісово-болотяній місцевості та в інших складних умовах середня швидкість руху, залежно від характеру місцевості та стану доріг, може знизуватися до 20 км/год, а величина добового переходу - до 200 км, а інколи й менше. Під час здійснення маршу в пішому порядку середня швидкість руху може скласти 4-5 км/год, на лижах - 5-7 км/год. В усіх випадках марш необхідно проводити з максимально можливою в даних умовах швидкістю.

Для своєчасного та організованого початку маршу і регулювання швидкості руху колон призначаються: вихідний рубіж (пункт) та рубезі (пункти) регулювання з визначенням часу їхнього проходження - головами колон. Віддаленість вихідного рубезу (пункту) повинна забезпечити можливість витягування колон батальйонів (дивізіонів) із районів розташування військ.

Для відпочинку особового складу, приймання їжі, перевірки стану зброї, бойової та іншої техніки і технічного обслуговування під час маршу через кожні 3-4 год. руху призначають привали тривалістю до 1 год. та один привал до 2-х год. у другій половині добового переходу. В кінці кожного добового переходу призначають денний (нічний) відпочинок, а при здійсненні маршу на велику відстань через кожних 3-5 добових переходів, при необхідності можна призначати добовий відпочинок.

Бригада здійснює марш самостійно або у складі армійського корпусу, при цьому вона може прямувати в колоні головних сил чи висуватися в передовому загоні. Бригаді здебільшого призначають один-два маршрути руху, а при дії в передовому загоні вказують напрямки дії.

Похідний порядок бригади при здійсненні маршу в передбаченні вступу в бій залежить від поставлених завдань, задуму наступного бою, кількості маршрутів та інших умов обстановки. Він повинен забезпечити проведення маршу у визначений термін часу, збереження боєздатності військ при нанесенні противником ударів високоточною та звичайною зброєю і швидке розгортання їх у бойовий порядок.

Похідний порядок бригади, яка здійснює марш у передбаченні вступу в бій, складається з передового загону (якщо він висилається), похідної охорони, загону забезпечення руху, колони головних сил та колони підрозділів технічного забезпечення і тилу.

Похідний порядок бригади на марші поза загрозою зустрічі з противником шикуються з урахуванням зручності руху, досягнення великої швидкості, найменшого напруження сил особового складу та збереження бойової техніки. Склад похідної охорони та її відстань від головних сил можуть бути меншими, ніж на марші, в передбаченні вступу в бій.

Колони головних сил бригади на марші поділяються за глибиною на колони підрозділів (батальйонів, дивізіонів). Дистанція між колонами баталь-

йонів (дивізіонів) — до 3 км, між машинами — до 50 м. Якщо вони рухаються на відкритій місцевості в умовах загрози застосування противником розвідувально-ударних комплексів, дистанції між машинами можуть складати до 150 м, дистанції між батальйонами (дивізіонами) в такому випадку скорочуються до 1 км.

11.1. Умови діяльності медичної служби бригади на марші

При організації медичного забезпечення бригади на марші необхідно враховувати:

- > завдання маршу і умови його здійснення (в передбаченні вступу в бій чи поза загрозою зустрічі з противником);
- > напрямлення руху: до фронту; вздовж фронту; від фронту в тил;
- > довжину і кількість маршрутів руху (розмір смуги руху);
- > характер місцевості, стан доріг, погоду, час року та доби;
- > організацію маршу (величину добового переходу, середню швидкість руху, кількість і рубежі привалів, місце і час денного, нічного та добового відпочинку);
- > побудову похідного порядку бригади на марші (склад і завдання передового загону, похідної охорони і замикання колон, побудова колон головних сил, а також підрозділів технічного забезпечення і тилу);
- > можливість виникнення до початку і в ході маршу санітарних втрат, в тому числі від зброї масового ураження;
- > пересування сумісно з військами медичних підрозділів та необхідність своєчасного їх прибуття в призначений район в готовності до виконання поставлених завдань;
- > санітарно-гігієнічний та санітарно-епідемічний стан маршрутів (смуги) руху;
- > наявність на маршрутах (в смузі) руху медичних частин і закладів.

Марш може проводитись в передбаченні вступу в бій з ходу чи поза загрозою зустрічі (зіткнення) з противником. Тому організація медичного забезпечення маршу будується по-різному, в залежності від побудови похідного порядку військ та конкретної обстановки.

Медичне забезпечення маршу включає: проведення медичної розвідки маршрутів і районів привалів, санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи у військах та районах передбачуваних привалів, лікувально-евакуаційні заходи при підготовці і здійсненні маршу та на рубежах зустрічі з противником.

11.2. Медична розвідка маршрутів, районів привалів та відпочинку. Організація та проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів на маршрутах висування, в районах привалів та відпочинку

Медичну розвідку на марші організовує начальник медичної служби бригади. Його розпорядженням можуть створювати розвідувальні групи із осо-

бового складу медичної служби. Склад цих груп може бути різним у залежності від поставлених перед ними завдань.

У всіх випадках медична розвідка повинна бути організована з таким розрахунком, щоб до підходу головних сил не тільки отримати відомості про даний район, а й провести необхідні заходи.

Медична розвідка на марші звичайно ведеться з метою:

- > вивчення санітарно-гігієнічного і протиепідемічного стану маршрутів руху і районів привалів, денного, нічного відпочинку та зосередження;
- > виявлення та позначення епідемічних осередків;
- > вибір місць для розгортання тимчасових медичних пунктів;
- > виявлення медичних частин і закладів, які можуть бути використані в інтересах медичного забезпечення бригади на марші;
- > визначення шляхів евакуації поранених і хворих в ході маршу.

При здійсненні маршу в передбаченні вступу в бій медичний склад, який поділяється для проведення медичної розвідки доцільно направляти сумісно з передовим загonom (авангардом).

При здійсненні маршу поза загрозою зіткнення з противником медичний склад, призначений для проведення медичної розвідки, включається в групи, які завчасно висилаються бригадою для розвідки, маршрутів руху і районів відпочинку.

При здійсненні маршів, особливо на великі відстані, особовий склад військ зазнає впливу низки несприятливих факторів (складні погодні умови, раптові прискорення і гальмування, шуми, поштовхи, довготривале вимушене положення тіла та ін.). Наслідками комбінованої дії вказаних факторів може бути втома, зниження працездатності і боєздатності особового складу.

У холодний період року, особливо при низькій температурі повітря та сильному вітрі, підвищується небезпека переохолодження військ, виникнення простудних захворювань і обморожень. Тому *санітарно-гігієнічні заходи*, що проводить медична служба, включають перш за все санітарний нагляд за дотриманням особовим складом вимог до організації і проведення маршу.

Для збереження сил особового складу, організації відпочинку, прийому їжі та інше в ході маршу через визначені терміни часу призначаються райони привалів, денного (нічного) та добового відпочинку.

Для захисту особового складу від дощу, снігу, вітру кузова автомобілів обладнуються тентами, а при їх відсутності особовий склад використовує плащ-намети.

При здійсненні маршу по автомобільних дорогах в літній час великого значення набуває контроль за проведенням заходів, спрямованих на захист особового складу від пилу (дотримання встановлених дистанцій між автомобілями і підрозділами, інколи збільшення цих дистанцій, забезпечення

особового складу захисними окулярами, зав'язування манжет на руках, застібання комірців, а при можливості і купання особового складу під час привалів). У жаркий період року медична служба повинна перевіряти виконання особовим складом заходів з профілактики теплових і сонячних ударів, а в зимовий час - з попередження обморожень. З цією метою здійснюється контроль за обладнанням автомобілів тентами і забезпеченням особового складу військ теплим обмундируванням, гарячою їжею і чаєм, призначенням привалів в захищених від вітру місцях з організацією, по можливості, зігрівання особового складу. На дно кузовів автомобілів кладуться підстилки з матеріалу, що утеплюють ноги військовослужбовців від охолодження (солома, сіно, хвойні гілки та ін.), а в чоботи вкладаються повстяні устілки. Взуття і онучі повинні бути сухими.

Для попередження отруєнь особового складу вихлопними газами необхідно здійснювати контроль за збереженням дистанцій між автомобілями, вимкненням двигунів під час привалів, розміщенням особового складу для відпочинку з навітряної сторони.

На марші зберігають своє значення і такі заходи, які проводяться у всіх умовах обстановки (санітарний нагляд за харчуванням і водопостачанням військ, забезпеченням особового складу протипаразитними засобами, індивідуальними засобами для знезараження води та ін.).

Конкретний зміст протиепідемічних заходів на марші визначається санітарно-епідемічним станом військ, маршрутів руху і районів зосередження. У всіх випадках слід звертати особливу увагу на своєчасне виявлення і ізоляцію інфекційних хворих, обмеження контакту особового складу з місцевим населенням, проведення (при наявності показань) повної санітарної обробки особового складу з дезінфекцією білизни і обмундирування.

11.3. Організація лікувально-евакуаційних заходів при підготовці до маршу та на марші

При підготовці до маршу медична служба бригади звичайно здійснює наступні заходи:

- > виявляє серед особового складу хворих, які неспроможні за станом здоров'я здійснювати марш;
- > планує і організовує медичне забезпечення маршу;
- > організовує медичну розвідку;
- > вивільнює медичні підрозділи від поранених і хворих, згортає їх і готує до пересування;
- > посилює санітарно-транспортними засобами медичні пункти батальйонів (дивізіонів);
- > виділяє необхідні сили і засоби медичної служби в передовий загін, похідну охорону і замикання;
- > розподіляє сили і засоби медичної служби по похідних колонах, поповнює запаси медичного майна;

- > здійснює підготовку до маршу транспортних засобів медичних підрозділів.

До початку маршу перша медична і долікарська допомога надається в підрозділах. Для надання першої лікарської і невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги в районі розташування тилу бригади частково розгортається медична рота бригади. Евакуація поранених і хворих з бригади здійснюється в найближчі медичні частини і заклади, як правило, транспортом вишестоящего начальника медичної служби.

При плануванні медичного забезпечення бригади на марші, крім звичайних питань, визначаються:

- > завдання медичної розвідки, сили і засоби, які виділяються для її проведення та порядок проведення;
- > сили і засоби медичної служби для розгортання тимчасових медичних пунктів, час, місце їх розгортання і порядок роботи;
- > організація висування медичних підрозділів.

Планування медичного забезпечення маршу бригади здійснюється на весь період маршу. При здійсненні маршу на великі відстані завдання медичним підрозділам звичайно ставляться тільки на перший добовий перехід; на кожний наступний перехід завдання уточнюються в районі відпочинку.

Медична рота бригади, що виділяється в передовий загін, посилюється санітарно-транспортними засобами; медичний пункт батальйону, що виділяється в передовий загін або авангард, звичайно посилюється санітарно-транспортними засобами і автоперев'язочною (лікарем з необхідним медичним майном) для надання першої лікарської допомоги.

У замиканні бригади за рахунок медичної роти бригади звичайно виділяються санітарно-транспортні засоби і медичний склад для надання медичної допомоги.

Місце медичних підрозділів в похідному порядку бригади на марші в основному визначається завданнями і умовами здійснення маршу, його організацією і завданнями, що поставлені перед медичною службою.

Порядок пересування медичних підрозділів у всіх випадках повинен забезпечувати марш бригади в медичному відношенні; своєчасне розгортання медичних підрозділів при зустрічі бригади з противником і вступі її в бій; збереження їх боєздатності; своєчасне прибуття медичних підрозділів у призначений район.

Медичні підрозділи на марші рухаються:

У МПБ - в складі колони свого батальйону, звичайно перед підрозділами тилу і технічного забезпечення, а в передбаченні вступу у бій - за бойовими підрозділами, призначеними для дій у першому ешелоні;

У медрота бригади — в складі колони тилу бригади за головними силами бригади на відстані 2—3км, а в передбаченні вступу в бій - безпосередньо за одним із головних батальйонів в готовності до розгортання.

Перша медична допомога пораненим і хворим на марші надається в порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами і санітарними інструкторами підрозділів безпосередньо в бойових машинах. Після надання першої медичної допомоги поранені і хворі, в залежності від конкретних умов і їх стану, залишаються в бойових машинах до районів привалів, денного, нічного відпочинку, а потім евакуюються на медичні пункти або передаються в ході маршу на санітарний транспорт, який прямує з медичними пунктами або в замиканні бригади.

У цьому випадку бойові машини, в яких знаходяться поранені і хворі, з дозволу командира зупиняються на обочині дороги. Поранені і хворі знімаються з них, маскуються, позначаються помітними знаками і залишаються на місці до підходу санітарного транспорту або передаються на цей транспорт безпосередньо.

Евакуація поранених і хворих із бригади, яка здійснює марш, проводиться в медичні підрозділи, частини і заклади, що розгорнуті на маршрутах руху медичною службою частини і об'єднання, по території яких здійснюється марш, як правило, транспортом вищестоящої ланки медичної служби. При відсутності на маршрутах руху таких медичних підрозділів, частин і закладів для надання пораненим і хворим першої лікарської допомоги і підготовки їх до подальшої евакуації медичною службою армійського корпусу за рахунок ВППГ, медичних підрозділів спеціальних частин через кожні 60-80 км (звичайно в районах привалів, денного або нічного відпочинку) розгортаються тимчасові медичні пункти. Сили і засоби, які призначені для їх розгортання, висувуються на марші за передовим загonom (авангардом).

До районів привалів денного, нічного відпочинку частин і підрозділів АК тимчасові медичні пункти можуть висувати пости санітарного транспорту, із тимчасових медичних пунктів поранені і хворі евакуюються в найближчі до маршрутів руху військові або цивільні лікувальні заклади, як правило, транспортом вищестояючого начальника медичної служби.

Після проходження колон армійського корпусу тимчасові медичні пункти згортаються і прямують за частинами технічного забезпечення і тилу в складі замикання колон армійського корпусу.

При виникненні в бригаді, що здійснює марш, осередків масових санітарних втрат перша лікарська і кваліфікована медична допомога пораненим і хворим надається в медичних військових і цивільних лікувальних закладах, розгорнутих на маршрутах руху. При необхідності і у відповідності з конкретними обставинами з цією метою може розгортатися медична рота бригади, цю висувається.

При здійсненні маршу начальник медичної служби бригади звичайно знаходиться на КП бригади. Зв'язок медичної служби на марші забезпечується головним чином рухомими засобами, а в медичних підрозділах, окрім того, і сигналами. Радіозасоби використовуються за вказівкою і з дозволу начальника штабу бригади.

11.4. Організація медичного забезпечення бригади в зустрічному бою

Зустрічний бій відноситься до наступальних дій і розглядається як наступ на противника, який також намагається вирішити свої бойові завдання наступом. Мета зустрічного бою полягає у розгромі противника в короткі строки, захопленні ініціативи і створенні вигідних умов для подальших дій військ.

При організації медичного забезпечення бригади в зустрічному бою необхідно врахувати:

- > умови виникнення зустрічного бою (в ході маршу, при розвитку наступу, при проведенні контрудару (контратаки), при знищенні повітряних і морських десантів);
- > характерні риси зустрічного бою (обмеження часу на його організацію, швидке зближення сторін і вступ їх в бій з ходу, напружена боротьба за вигравш часу, захват і утримання ініціативи, різкі і часті зміни обстановки, швидкоплинність бойових дій, їх розгортання на широкому фронті і на велику глибину, наявність значних проміжків між частинами і відкритих флангів);
- > організацію і ведення зустрічного бою;
- > можливий характер застосування противником різних засобів ураження;
- > організація тилового забезпечення;
- > характер наступних дій бригади;
- > склад і стан медичної служби бригади до початку зустрічного бою;
- > завдання, які поставлені перед медичною службою і вказівки вищестоящого начальника медичної служби з організації медичного забезпечення.

Основні заходи з підготовки до медичного забезпечення зустрічного бою, як правило, проводяться завчасно при підготовці бригади до маршу, наступу або до участі в контрударі (контратаці). З прийняттям командиром бригади рішення на зустрічний бій організація медичного забезпечення уточнюється.

Головні зусилля медичної служби зосереджуються на забезпеченні передового загону (авангарду) і головних сил бригади.

Передовий загін (авангард) і тактичний повітряний десант в залежності від їх складу посилюються необхідними силами і засобами вищестоящого начальника медичної служби. При цьому передовий загін в складі батальйону може посилюватися АП-2 для надання першої лікарської допомоги і санітарно-транспортними засобами, авангард в складі батальйону - силами і засобами медичної служби для надання першої лікарської допомоги і санітарно-транспортними засобами, тактичний повітряний десант в складі роти - силами і засобами медичної служби для надання долікарської допомоги.

Для проведення санітарно-епідеміологічної розвідки маршрутів руху і рубежів розгортання медична служба бригади, яка призначена в передовий загін армійського корпусу, посилюється силами і засобами санітарно-епідеміологічного загону медичної бригади АК.

У зустрічному бою медична рота бригади пересувається під прикриттям бойових підрозділів також, як в наступі з висуванням з глибини з урахуванням конкретної обстановки.

Медичний пункт передового загону або авангарду звичайно розгортається з вводом у бій його головних сил якомога ближче до військ.

Із зав'язкою зустрічного бою передовим загonom (авангардом) медичні підрозділи бригади звичайно зупиняються вздовж доріг (на маршрутах руху); санітарний транспорт бригади направляєтся до району дій передового загону (авангарду) для евакуації поранених і хворих.

Начальник медичної служби бригади в цей час на основі рішення командира бригади уточнює своє рішення на організацію медичного забезпечення зустрічного бою.

З розгортанням головних сил бригади для зустрічного бою медична рота бригади розгортається, як правило, за бойовими порядками підрозділів першого ешелону, які діють на напрямку головного удару бригади.

У зустрічному бою необхідно посилювати охорону і оборону підрозділів медичної служби, а також транспортних засобів з пораненими і хворими; медичні підрозділи повинні пересуватись і розгортатись під прикриттям бойових підрозділів. При необхідності для їх охорони і оборони командуванням виділяються додаткові сили і засоби.

При виникненні зустрічного бою в ході наступу або контрудару (контратаки) його медичне забезпечення з початком бою звичайно здійснюється угрупованням сил і засобів медичної служби бригади які вже є.

При медичному забезпеченні зустрічного бою начальник медичної служби бригади повинен передбачити і проводити заходи по підготовці до забезпечення наступних бойових дій - переслідування противника або бою за утримання досягнутого рубежу.

При управлінні медичною службою у зустрічному бою особлива увага приділяється постійному збору інформації про бойову і тилу обстановку, наявність поранених і хворих в підрозділах, в медичній роті бригади, про хід надання їм медичної допомоги і евакуації, швидкій і правильній оцінці обстановки, уточненню раніше прийнятого рішення, своєчасній постановці завдань підлеглим, як правило, шляхом передачі коротких розпоряджень.

11.5. Організація медичного забезпечення при перевезеннях військ залізницею

Умови діяльності медичної служби бригади при перевезенні бригади залізницею. Перевезення військ залізничним транспортом застосовується при перегрупуванні військ.

Військові формування перевозяться залізницею у повному складі чи частково із завантаженням на платформи лише підрозділів, які мають техніку з малим запасом ходу та низькими швидкостями руху. Використання залізниці забезпечує військам велику швидкість пересування (від 600 до 800 км за добу), зберігає сили особового складу та заощаджує моторесурси.

Велика швидкість пересування військ здійснюється незалежно від пори року та метеорологічних умов, а також фізичного стану особового складу на початок пересування.

Негативна сторона перевезення військ залізничним транспортом полягає у вразливості залізничних шляхів від засобів ураження противника та зниженні бойової готовності підрозділів за рахунок перевезення їх декількома ешелонами, ускладнюється управління військами та одночасний їх вступ у бій.

При організації медичного забезпечення перевезення військ залізничним транспортом необхідно враховувати:

- > тривалість перевезення підрозділів бригади;
- > черговість, строки завантаження і відправлення підрозділів;
- > особливості основних і запасних станцій завантаження (розвантаження), вихідного району перед завантаженням, районів очікування та збору;
- > маршрути, порядок і час виходу підрозділів бригади в ці райони, до місць завантаження і в райони зосередження;
- > розташування підрозділів бригади по військових ешелонах;
- > необхідність надання першої лікарської (долікарської) допомоги пораненим і хворим в кожному військовому ешелоні;
- > необхідність перевезення поранених і хворих із собою до появи можливості евакуації в лікувальні заклади;
- > санітарно-гігієнічний та санітарно-епідемічний стан станцій завантаження (розвантаження), вихідних районів, районів очікування, збору та зосередження, а також маршрутів руху;
- > особливості водопостачання та харчування особового складу бригади при перевезеннях (видача всієї норми або її частини сухим пайком);
- > порядок перевезення медичних підрозділів бригади.

При підготовці до перевезення медична служба бригади звичайно здійснює:

- > медичні заходи серед особового складу військ;
- > підготовку до перевезення медичних підрозділів;
- > планування і організацію медичного забезпечення перевезення військ;
- > планування і організацію перевезення медичних підрозділів.

Медичні заходи в підрозділах бригади при їх підготовці до перевезення включають:

- > медичний огляд особового складу;

- > забезпечення особового складу медичними засобами профілактики і надання першої медичної допомоги, а також заходами попередження уражень і захворювань;
- > лікувально-профілактичні заходи серед військовослужбовців, які зазнали впливу зброї масового ураження, але зберегли боєздатність;
- > проведення (при необхідності) заходів з підвищення несприйнятливості особового складу до збудників інфекційних захворювань;
- > медичний контроль за проведенням миття особового складу зі зміною білизни і за необхідності - за дезінфекцією і дезінсекцією обмундирування.

Поранені і хворі, які були виявлені при медичному огляді, якщо вони не можуть бути повернені до строю за час перевезення, евакуюються в розташовані поблизу медичні заклади і частини за вказівкою старшого медичного начальника.

Медичні підрозділи при підготовці до перевезення вивільняються від поранених і хворих, згортаються, доукомплектовуються особовим складом, майном і технікою і знаходяться в готовності до виходу у вихідний район або безпосередньо до місця завантаження. З особовим складом в цей період проводяться заняття з урахуванням особливостей медичного забезпечення перевезення військ, медичних частин і підрозділів.

Планування медичного забезпечення бригади при перевезенні здійснюється на весь період перевезення (у вихідному районі, районах очікування і завантаження, в ході перевезення, в районах розвантаження, збору і зосередження). Найбільш повно планується медичне забезпечення до початку і в ході пересування. При плануванні медичного забезпечення перевезення бригади, окрім звичайних питань, визначаються:

- > завдання медичної розвідки, сили і засоби для її проведення, порядок проведення;
- > сили і засоби медичної служби, що виділяються в кожний військовий ешелон, і організація медичного забезпечення в кожному військовому ешелоні;
- > організація перевезення медичних частин (підрозділів).

Організація медичного забезпечення під час пересування уточнюється на підставі даних, що отримує начальник військового ешелону від військових комендантів на шляхах сполучення: про санітарно-епідемічний стан маршруту руху потягу, наявність військових і цивільних лікувальних закладів, ізоляційно-перепускних, санітарно-контрольних і санітарно-перепускних пунктів, лазнево-дезінфекційних потягів та інших протиепідемічних закладів, розміщенні туалетів і місць для умивання, а також про час прибуття і тривалість стоянок потягів на станціях, де розташовані ці заклади.

Начальник медичної служби бригади при підготовці до перевезення з метою вивчення районів завантаження і умов завантаження військ, уточ-

нення вихідного району і району очікування, шляхів виходу до них, а також для вирішення питань медичного забезпечення бригади приймає участь в рекогносцуванні, яку проводить командир бригади. Командир медрот приймає участь в рекогносцуванні призначених для медрот вихідного району, району очікування, основної і запасної станції завантаження, а також під'їздів до них. В ході рекогносцування уточнюються умови захисту, охорони і оборони, організація комендантської служби, наявність кріпильних матеріалів для техніки та інші питання.

Представники медичної служби можуть включатися до складу групи офіцерів, призначеної для рекогносцування районів розвантаження, збору і зосередження бригади після розвантаження.

Медична розвідка організується начальником медичної служби бригади за можливістю завчасно, до її проведення залучаються сили і засоби медрота і МПБ. Основними завданнями медичної розвідки є:

- > вивчення (уточнення) санітарно-епідемічного стану вихідного району, районів очікування і завантаження, районів вивантаження, збору, зосередження і організація (при потребі) в них відповідних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- > виявлення медичних (лікувальних, протиепідемічних) та інших закладів, які можуть бути використані для медичного забезпечення бригади;
- > організація взаємодії з ними;
- > визначення місць розгортання медр;
- > оцінка умов евакуації поранених і хворих.

У вихідному районі і в районі зосередження медична допомога пораненим і хворим надається: перша медична і долікарська - у підрозділах; перша лікарська і невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги - в медр; кваліфікована медична допомога — в найближчих військових або цивільних лікувальних закладах, евакуація в які, як правило, проводиться транспортними засобами старшого начальника медичної служби.

У районах очікування (збору і завантаження) медичним персоналом військового ешелону пораненим і хворим надається перша медична і долікарська допомога. Поранені і хворі транспортними засобами медичної служби бригади або старшого начальника медичної служби, як правило, зразу евакуюються в найближчий військовий або цивільний лікувальний заклад. На кожній станції завантаження (розвантаження) медичною службою бригади організується пост санітарного транспорту.

У вихідному районі, районах очікування і завантаження, а також в районах збору і зосередження особливу увагу слід звернути на санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи з недопущення виникнення і розповсюдження серед особового складу бригади захворювань. Зазвичай вони включають: недопущення контактів з місцевим населенням, посилення санітар-

ного нагляду за водопостачанням, харчуванням, санітарним станом місцевості та ін.

При виникненні масових санітарних втрат у вихідному районі, районах очікування і завантаження медична служба бригади, що перевозиться, забезпечує надання першої медичної і долікарської допомоги. У всіх випадках для надання першої лікарської, кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги, а також для евакуації поранених і хворих з осередків масових санітарних втрат використовуються сили і засоби медичної служби ОК, а також наявні в даному районі сили і засоби цивільної оборони і органів охорони здоров'я.

У кожному військовому ешелоні наказом командира бригади призначаються начальник військового ешелону, заступник начальника ешелону з виховної роботи, помічник начальника ешелону з матеріально-технічного постачання, начальник зв'язку, лікар (помічник лікаря).

При тривалості перевезення військ залізницею більше трьох діб і при наявності у військовому ешелоні не менше 10 вагонів для перевезення особового складу до його складу включається вагон-ізолятор, при тривалості перевезення менше трьох діб і при наявності в потязі менше 10 вагонів для перевезення особового складу розпорядженням начальника військового ешелону в пасажирському вагоні може виділятися купе-ізолятор.

За розпорядженням начальника військового ешелону в одному з вагонів лікар (помічник лікаря) розгортає медичний пункт.

При неблагополучному санітарно-епідемічному стані бригади або маршрутів перевезення, а також в умовах застосування противником бактеріологічної (біологічної) зброї вагон-ізолятор виділяється незалежно від тривалості перевезення і кількості особового складу військового ешелону.

Начальник медичної служби частини, що перевозиться, забезпечує військові ешелони необхідним медичним майном для обладнання медичного пункту і ізолятора. В маршрутному листі військового ешелону він робить відмітки про проведені у відношенні військового ешелону санітарно-гігієнічні і протиепідемічні заходи.

Лікар (помічник лікаря) військового ешелону підпорядковується начальнику ешелону. Із спеціальних питань він виконує вказівки начальника медичної служби частини, а під час руху ешелону — також представників медичної служби ОК, по території яких здійснюється перевезення.

У районі завантаження лікар (помічник лікаря) зобов'язаний:

- > за 2-3 години до початку завантаження перевірити санітарний стан вагонів та їх оснащення;
- > обладнати у військовому потязі медичний пункт (лазарет) і вагон-ізолятор;
- > організувати надання першої і долікарської медичної допомоги пораненим і хворим і їх винесення до посту санітарного транспорту, організованого медичною службою бригади;

- > здійснювати контроль за розміщенням особового складу у вагонах, організацією харчування і водопостачання.

Під час руху лікар (помічник лікаря) зобов'язаний:

- > надавати пораненим і хворим першу лікарську (долікарську) допомогу;
- > здійснювати санітарний нагляд за санітарно-гігієнічним станом вагонів, виконанням санітарно-гігієнічних норм та правил розміщення, харчування, водопостачання, миттям в лазні зі зміною білизни, а також за дотриманням військовослужбовцями правил особистої гігієни;
- > організувати і особисто приймати участь у щоденному опитуванні особового складу ешелону з метою своєчасного виявлення і негайної ізоляції інфекційних хворих;
- > організовувати проведення необхідних протиепідемічних заходів і забезпечити контроль за їх виконанням;
- > доповідати начальнику військового ешелону про появу поранених і хворих, які потребують кваліфікованої медичної допомоги, госпітального лікування, а також про померлих.

У районі розвантаження лікар (помічник лікаря) військового ешелону зобов'язаний:

- > організувати надання пораненим і хворим першої лікарської (долікарської) допомоги;
- > здійснювати суворий нагляд за виконанням санітарно-гігієнічних норм і правил харчування, водопостачання, не допускати контакту особового складу з інфекційними хворими;
- > доповісти начальнику медичної служби бригади про стан здоров'я особового складу ешелону, санітарно-епідемічний стан ешелону, поранених і хворих, переданих в лікувальні заклади під час руху, а також про померлих.

Лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи під час завантаження (вивантаження, перевантаження) військового ешелону і під час руху також виконуються закладами лікарсько-санітарної служби на транспорті, військовими і цивільними медичними закладами, розташованими на маршруті перевезення.

Контроль за санітарно-епідемічним станом ешелону здійснюється санітарно-епідемічними закладами МО і транспортних міністерств. Виконання вимог представників цих закладів є обов'язковим для начальника військового ешелону. Про результати обстеження санітарно-епідемічного стану військового ешелону і про вжиті заходи представник санітарно-епідемічного закладу разом з військовим комендантом робить відповідні записи в маршрутному листі військового ешелону.

Під час руху залізницею санітарна обробка особового складу проводиться через 7-8 діб, а в окремих випадках за вимогою лікаря (помічника лікаря)

військового ешелону або органів санітарного нагляду і через більш короткі проміжки.

Для санітарної обробки використовуються стаціонарні ізоляційно-перепускні і санітарно-перепускні пункти, лазнево-дезінфекційні потяги, гарнізонні та інші лазні. При потребі одночасно з санітарною обробкою проводиться дезінфекція вагонів для перевезення особового складу і обмундирування.

Про необхідність санітарної обробки особового складу лікар (помічник лікаря) доповідає начальнику військового ешелону, який подає письмову заявку через військового коменданта на шляхах сполучення.

У період перевезення поранені (хворі), які потребують кваліфікованої медичної допомоги, госпітального лікування з дозволу начальника військового ешелону евакуюються у супроводі медпрацівника до найближчого військового або цивільного лікувального закладу. Про необхідність евакуації пораненого (хворого) начальник військового ешелону завчасно повідомляє військовому коменданту на шляхах сполучення. Супроводжувач хворого (пораненого), передає його, а також його особисті речі, документи, направлення, речовий, грошовий і продовольчий атестати в лікувальний заклад і повертається до ешелону. Про передачу хворого (пораненого) в лікувальний заклад робиться запис в маршрутному листі.

У випадку виявлення інфекційних захворювань, крім особливо небезпечних, потяг з військовим ешелonom зазвичай продовжує рухатися до місця призначення. Інфекційного хворого поміщують у вагон (купе)-ізолятор. Особовий склад, який знаходився в одному ешелоні з цим хворим, підлягає обсервації в тому ж вагоні. Якщо в потязі з військовим ешелonom вагона (купе) - ізолятора немає, то хворий залишається в тому ж вагоні, а військовослужбовці, які в ньому перебували, пересідають в інші вагони за рахунок ущільнення. Після передачі інфекційного хворого в лікувальний заклад вагон, в якому він перебував, замінюється на найближчій дільничній станції іншим вагоном. Одночасно проводяться наступні заходи:

- > з'ясування причин інфекційних захворювань та їх усунення;
- > посилений медичний нагляд за особовим складом і запровадження суворого контролю за виконанням у військовому ешелоні санітарно-гігієнічних норм та правил;
- > своєчасне виявлення інфекційних хворих та їх ізоляція з наступною евакуацією при необхідності у відповідні лікувальні заклади;
- > суворе обмеження спілкування особового складу військового ешелону з сторонніми особами, а також між підрозділами, які знаходяться в різних вагонах;
- > прийом потяга з військовим ешелonom на спеціально відведені колії на станціях;
- > пропуск потягу через вузлові станції без зупинок;

- > скорочення стоянок потяга з військовим ешелonom і обмеження виходу особового складу з вагонів;
- > роздача їжі особовому складу і заправка водою на невеликих станціях.

Про виникнення масових інфекційних захворювань, а також випадків особливо небезпечних інфекцій начальник військового ешелону зобов'язаний негайно доповісти найближчому воєнному коменданту на шляхах сполучення. В цьому випадку розпорядженням командувача ОК (фронту) військовий ешелон направляється в пункт, призначений для проведення карантинних заходів.

У випадку смерті військовослужбовця зі складу військового ешелону тіло померлого з відповідним направленням передається в найближчий військовий або цивільний лікувальний заклад для визначення причин смерті і для поховання.

Разом з тілом померлого по опису, складеному в двох примірниках, передаються його особисті речі, листи і гроші для відправлення сім'ї померлого.

Особисті речі померлих від інфекційних захворювань, як правило, спалюються зі складанням про це акту.

При перевезенні бригади залізницею в різних ешелонах медрот зазвичай ділиться на дві частини, кожна з яких повинна бути готовою до автономної роботи. Начальник медичної служби бригади, як правило, рухається з командним пунктом бригади, який перевозиться з першим військовим ешелonom.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Перерахуйте умови діяльності медичної служби бригади на марші.
2. Як проводиться медична розвідка маршрутів руху, привалів та місць відпочинку?
3. Як організуються та проводяться санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи на маршрутах висування, в районах привалів та відпочинку?
4. Організація лікувально-евакуаційних заходів при підготовці до маршу та на марші.
5. Організація медичного забезпечення бригади в зустрічному бою.
6. Організація медичного забезпечення військ залізницею.

МЕДИЧНА СЛУЖБА ОПЕРАТИВНИХ ОБ'ЄДНАНЬ

Сучасні війни способами та засобами їх ведення суттєво відрізняються від війн середини ХХ століття. Зокрема у більшості випадків вирішальне значення у сучасній війні має її початковий період. Слід підкреслити, що під час будь-якої війни, в яку може бути втягнута Україна, пріоритетним видом бойових дій її Збройних Сил буде оборона. Через обмеженість території України, значну компактність її населення, концентрацію найважливіших військово-економічних об'єктів у декількох порівняно невеликих за площею районах, несприятливий результат боротьби під час початкового періоду війни може загрожувати руйнуванням інфраструктури військового та державного управління, нанесенням втрат військово-економічній потужності країни, які важко відновлюються, переростанням війни у затяжну тощо.

Виходячи з вищесказаного, оперативні об'єднання Збройних Сил України зазнали певних організаційно-структурних змін, що в свою чергу викликало потребу реформування системи їх медичного забезпечення.

12.1. Завдання і організація медичної служби армійського корпусу

Армійський корпус (АК) є військовим оперативним об'єднанням і має різномірну (за своїм складом) та динамічну штатну структуру. Бойові завдання, які ставляться перед АК, носять оперативний характер.

До складу АК може входити декілька механізованих (танкових) бригад і необхідна кількість військових з'єднань, частин та підрозділів бойового забезпечення, спеціальних родів військ і служб, підпорядкованих безпосередньо командувачу корпусу.

Для виконання завдань медичного забезпечення АК у бойових операціях в його складі представлені відповідні сили і засоби медичної служби.

Під медичною службою АК розуміють всю сукупність сил і засобів медичної служби в частинах і з'єднаннях АК, роботу яких організують відповідні начальники.

До корпусної медичної служби АК відносяться тільки сили і засоби медичної служби АК, які підпорядковані безпосередньо начальнику медичної служби АК: військово-медичний відділ (як орган управління) та медична бригада АК (МедБр).

Загальне керівництво корпусними медичними силами і засобами, а також медичною службою з'єднань і частин, які входять у даний АК, здійснює гачальник медичної служби АК.

На медичну службу армійського корпусу покладаються наступні основні завдання:

- > управління силами і засобами медичної служби АК під час операції;
- > підсилення військової медичної служби медичними кадрами, транспортними засобами та іншими медичними силами і засобами;

- > участь (при необхідності) в евакуації поранених і хворих безпосередньо з осередків масових санітарних втрат до військових польових пересувних госпіталів (ВППГ), медичних рот (медр);
- > надання пораненим і хворим першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги;
- > тимчасова госпіталізація у медр і ВППГ нетранспортабельних поранених і хворих;
- > лікування легкопоранених і легкохворих із терміном відновлення боєздатності до 15 діб;
- > тимчасова ізоляція інфекційних хворих до евакуації їх у військовий польовий інфекційний госпіталь;
- > підготовка поранених і хворих до подальшої евакуації із медр, ВППГ за призначенням та організація їх відправки до госпітальної бази;
- > забезпечення медичним майном і технікою з'єднань та частин АК, закладів, частин та підрозділів медичної служби АК;
- > організація захисту сил і засобів медичної служби АК від зброї масового ураження;
- > участь у військово-медичній підготовці особового складу військ і організація спеціальної підготовки медичного складу;
- > ведення медичного обліку і звітності, вивчення і узагальнення бойового досвіду медичної служби.

Військово-медичний відділ (ВМВ), як орган управління медичної служби армійського корпусу, здійснює планування медичного забезпечення військових операцій, організує взаємодію між військовими і корпусними засобами медичної служби, маневрування силами і засобами медичної служби АК під час бойових дій, здійснює контроль за діяльністю як штатних, так і приданих медичних формувань АК.

Начальник медичної служби АК відповідає за організацію медичного забезпечення військ АК, зокрема за організацію надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям корпусу. Він підпорядкований командувачу АК, а із спеціальних питань - начальнику військово-медичного управління оперативного командування. У складі військово-медичного відділу, крім начальника і його заступника, є: 4 старших офіцери і один офіцер, які відповідають за певні напрямки діяльності медичної служби (організаційно-планову роботу, лікувально-евакуаційне забезпечення, забезпечення медичним майном тощо); три головні медичні спеціалісти АК (хірург, терапевт, радіолог-токсиколог). Медичні спеціалісти підпорядковані безпосередньо начальнику медичної служби АК і організовують роботу за своєю спеціальністю у військах та у медичних частинах і закладах АК.

Військово-медичний відділ розгортається і пересувається у складі першого ешелону тилового пункту управління (ТПУ) АК і включається в його радіомережу. Для збільшення оперативності керівництва силами і засобами медичної служби АК із складу ВМВ можуть бути виділені 1-2 офіцери в

оперативну групу тилу. Остання під час операції знаходиться на командному пункті управління (КПУ) командувача АК.

Окрім військово-медичного відділу, до корпусних сил і засобів медичної служби, як вже було зазначено вище, відноситься медична бригада армійського корпусу, яка є медичним з'єднанням, що призначене для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим, їх евакуації в госпітальну базу та забезпечення медичним майном і технікою особового складу та медичної служби АК.

12.2. Завдання, організаційна структура та призначення частин і закладів медичної бригади армійського корпусу

У бойовій обстановці на МедБр покладаються наступні основні завдання: У підтримка високої бойової і мобілізаційної готовності медичних частин і закладів, які входять до складу МедБр;

- > висування і розгортання МедБр згідно з розпорядженнями (вказівками) начальника медичної служби АК;
- > висування і розгортання частин, закладів та підрозділів бригади згідно з наказами (розпорядженнями, вказівками) командира МедБр;
- > управління силами і засобами медичної служби, що діють на окремих (ізолюваних) евакуаційних напрямках;
- > прийом, медичне сортування поранених і хворих, надання їм кваліфікованої медичної допомоги та підготовка їх до евакуації у госпітальну базу;
- > матеріальне забезпечення і обслуговування поранених і хворих у медр, ВППГ;
- > тимчасова госпіталізація нетранспортабельних поранених і хворих, які не здатні витримати транспортування до госпітальної бази;
- > лікування легкопоранених і легкохворих із термінами відновлення боєздатності до 15 діб;
- ^ тимчасова ізоляція інфекційних хворих до евакуації їх у військовий польовий інфекційний госпіталь пересувної госпітальної бази;
- > підсилення силами і засобами медичної служби оперативних маневрених груп (ОМГ), тактичних повітряних десантів (ТПД);
- > надання першої лікарської і кваліфікованої медичної допомоги в осередках масових санітарних втрат, що виникають у тилівій смузі АК та пунктах управління АК та евакуація уражених до ВППГ;
- > проведення комплексу санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів у смузі розміщення бригади;
- > охорона, оборона і захист від зброї масового ураження частин і закладів медичної бригади;
- > підсилення етапів медичної евакуації, де надається кваліфікована медична допомога при їх перевантаженні;
- > всебічне забезпечення медичним майном і матеріально-технічне забезпечення частин і закладів медичної бригади;

- > створення запасів і постачання медичного майна і техніки у з'єднання і частини АК;
- > ведення медичного обліку і звітності;
- > узагальнення і запровадження передового досвіду роботи медичної служби АК;
- > проведення виховної і соціально-психологічної роботи з особовим складом бригади, пораненими і хворими.

Організаційно-штатна структура МедБр АК не стійка, вона залежить від бойового складу АК. Так, до МедБр АК входять:

- > управління;
- > військові польові пересувні госпіталі (з розрахунку по одному на 1 -2 механізовані (танкові) бригади та 1-2 в резерві);
- > окремий медичний загін підсилення (ОМЗП) - 1;
- > окремий автомобільний санітарний батальйон (ОАСБ) - 1;
- > медичний склад — 1.

Організаційна структура МедБр АК наведена на рис. 12.1.

До основних підрозділів управління МедБр відносяться штаб, відділення виховної роботи, фінансова служба, технічна частина, тил, відділення медичного постачання. До складу штабу, який розгортає польовий пункт управління МедБр, входять: начальник штабу — заступник командира бригади, начальник зв'язку, оперативне відділення, відділення кадрів і стройове, група автоматизованих засобів управління, таємна частина. Наявність у складі управління бригади технічної частини, тилу (начальників продовольчої, речової служб, служби паливно-мастильних матеріалів), відділення медичного постачання дозволяє своєчасно визначити потребу закладів, частин та підрозділів МедБр у матеріальних і технічних засобах, медичному майні і техніці, здійснювати їх всебічне тилове і технічне забезпечення.

До підрозділів забезпечення управління МедБр відносяться рота зв'язку, рота матеріально-технічного забезпечення (автомобільний взвод, господарський взвод, їдальня, склади, пральня), комендантське відділення, медичний пункт і клуб. Основні завдання підрозділів забезпечення медичної бригади:

- > організація радіорелейного, радіо- та дотового зв'язку;
- > підвіз матеріально-технічних засобів на склади МедБр;
- > створення запасів матеріально-технічних засобів та забезпечення ними закладів, частин та підрозділів МедБр;
- > технічне забезпечення закладів, частин та підрозділів МедБр і здійснення відповідного ремонту техніки;
- > лазнево-пральне забезпечення особового складу МедБр;
- > забезпечення особового складу МедБр (підрозділів, які не мають за штатом повара) гарячою їжею;
- > спеціальне забезпечення.

Всього за штатом в управлінні бригади 159 осіб особового складу, з них 48 офіцерів і прапорщиків; автомобільної техніки 46 одиниць.

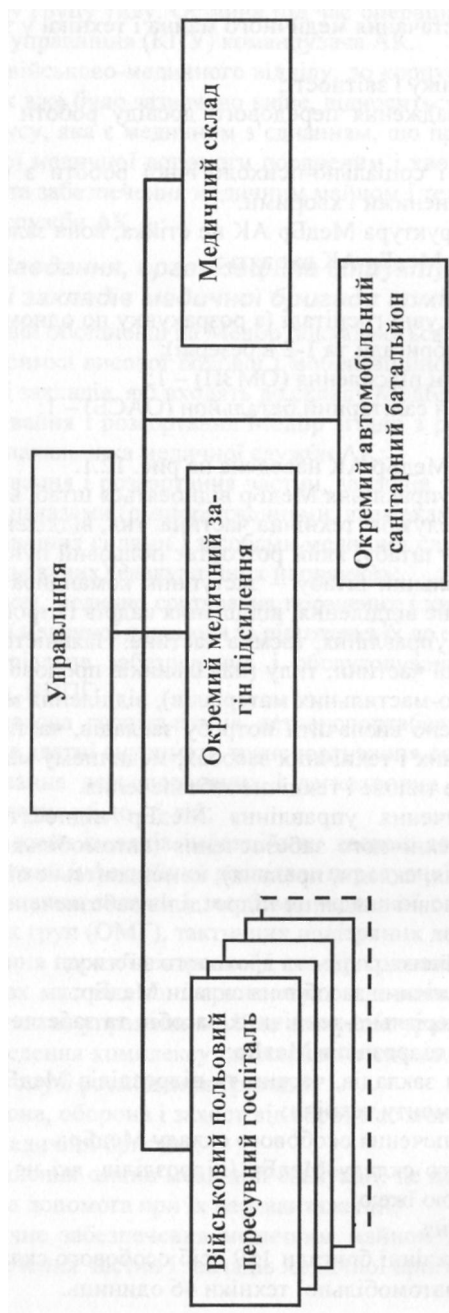


Рис. 12.1. Організаційна структура медичної бригади армійського корпусу

Під час корпусної оборонної операції командний пункт медичної бригади розгортається за другою смугою оборони корпусу. Для розгортання управління бригади необхідна ділянка місцевості розміром 200 x 500 м.

Організаційно-штатна структура управління бригади наведена на рис. 12.2.

Окремий автомобільний санітарний батальйон медичної бригади (ОАСБ) АК призначений для:

- > підсилення санітарно-транспортних підрозділів медичної служби частин і з'єднань засобами для евакуації поранених і хворих;
- > евакуації поранених і хворих безпосередньо із осередків масових санітарних втрат;
- > евакуації поранених і хворих з медичних рот бригад до ВППГ.

Окрім того, підрозділи ОАСБ можуть бути використані для доставки медичного майна у частини і з'єднання АК, а також у медичні підрозділи і заклади МедБр.

ОАСБ має у своєму складі дві окремі автомобільні санітарні роти (ОАСР), що складаються з трьох взводів кожна та одного окремого автомобільного санітарного взводу. На озброєнні ОАСР знаходяться 54 автомобіля медичної евакуації типу АС-66, загальною евакоємністю 700 чоловік, а на озброєнні окремого автомобільного санітарного взводу є 18 санітарних автобусів ЛАЗ загальною евакоємністю 450 чоловік. Таким чином, ОАСБ за один рейс може "підняти" 1850 чоловік. Організаційно-штатна структура ОАСБ медичної бригади наведена на рис. 12.3.

Окремий медичний загін підсилення (ОМЗП) медичної бригади АК — окрема медична частина, яка призначена для підсилення етапів медичної евакуації, де надається кваліфікована медична допомога, при їх перевантаженні для забезпечення надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим у тилівій смузі армійського корпусу.

На ОМЗП покладені наступні завдання:

- > підсилення лікувальних закладів та медичних підрозділів при масовому надходженні до них поранених ядерною, хімічною та звичайними видами зброї, а також хворих з метою організації їх сортування і надання їм кваліфікованої медичної допомоги;
- > підсилення медичної служби з'єднань і частин (оперативно-маневрених груп), які діють на самостійних напрямках;
- > управління силами і засобами медичної служби АК, які діють на окремому (ізолюваному) евакуаційному напрямку (це завдання покладене на медичну розпорядчу групу);
- > участь у підготовці медичного складу медичних рот бригад і ВППГ з питань діагностики, медичного сортування та лікування поранених і хворих;
- > надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим в осередках санітарних втрат у тилівій смузі АК;
- > медичне забезпечення пунктів управління АК.

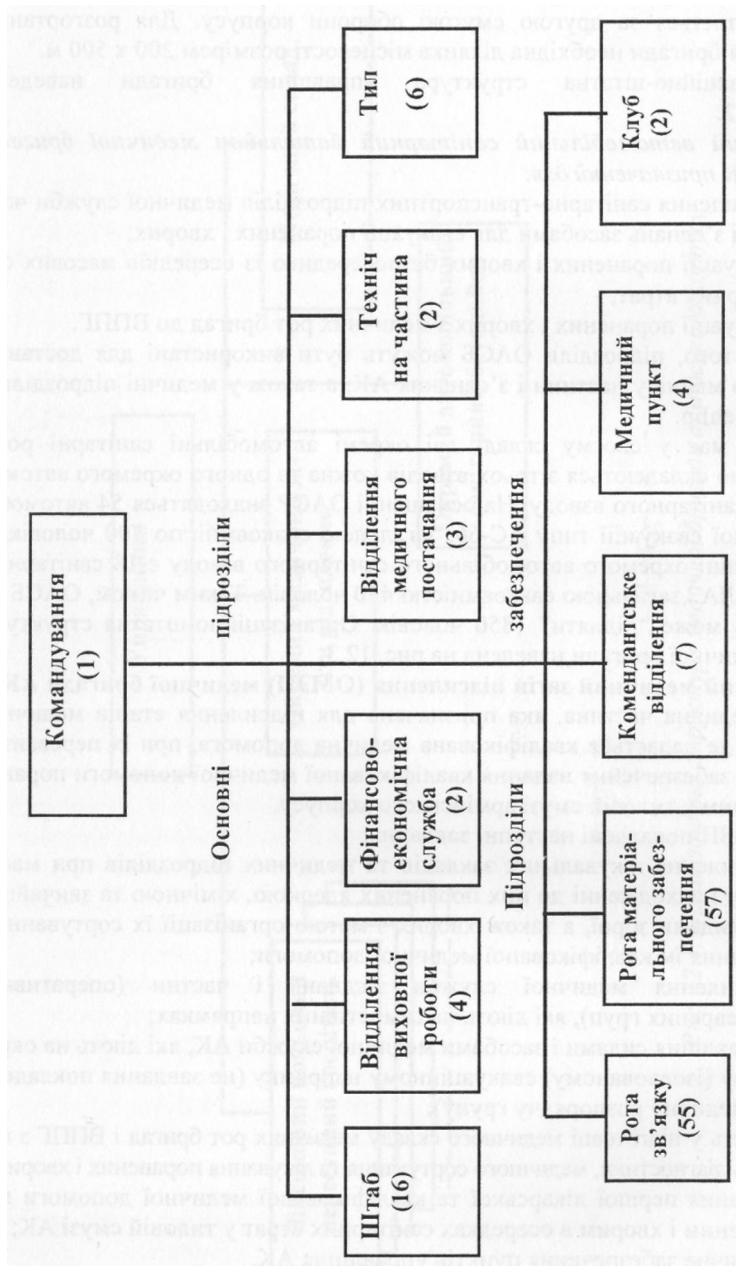


Рис. 12.2. Організаційно-штатна структура управління медичної бригади

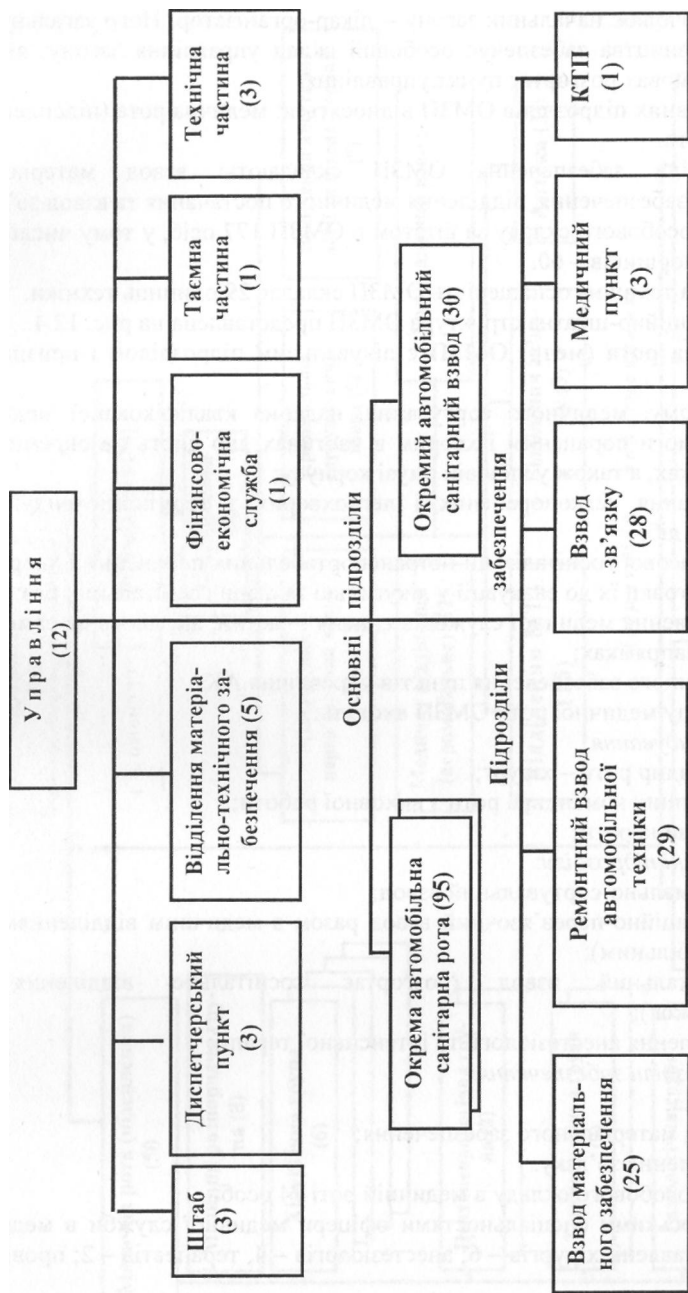


Рис. 12.3. Організаційно-штатна структура ОАСБмедичної бригади

ОМЗП очолює начальник загону - лікар-організатор. Його загальну функцію керівництва забезпечує особовий склад управління загону, який в польових умовах розгортає пункт управління.

До основних підрозділів ОМЗП відносяться: медична рота (підсилення) і медична рота.

Підрозділи забезпечення ОМЗП складають: взвод матеріально-технічного забезпечення, відділення медичного постачання та взвод зв'язку.

Всього особового складу за штатом в ОМЗП 177 осіб, у тому числі: офіцерів і прапорщиків - 60.

Загальна технічна оснащеність ОМЗП складає 29 одиниць техніки.

Організаційно-штатна структура ОМЗП представлена на рис. 12.4.

Медична рота (медр) ОМЗП є лікувальним підрозділом і призначена для:

- > прийому, медичного сортування, надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим в частинах, що діють на окремих напрямках, а також у тилівій смузі корпусу;
- > лікування легкопоранених і легкохворих з термінами видужання до 10 діб;
- > тимчасової госпіталізації нетранспортабельних поранених і хворих та підготовки їх до евакуації у лікувальні заклади госпітальних баз;
- > підсилення медичної служби з'єднань і частин, які діють на самостійних напрямках;

У медичного забезпечення пунктів управління АК.

До складу медичної роти ОМЗП входять:

командування:

- У командир роти - хірург;
- У заступник командира роти з виховної роботи;
- > старшина роти;

основні підрозділи:

- У приймально-сортувальний взвод;
- У операційно-перев'язочний взвод разом з медичним відділенням (аеромобільним);
- У госпітальний взвод (розгортає госпітальне відділення на 30 ліжок);
- У відділення анестезіології та інтенсивної терапії;

підрозділи забезпечення:

- У аптека;
- У взвод матеріального забезпечення;
- ^ відділення зв'язку.

Всього особового складу в медичній роті 74 особи.

За лікарськими спеціальностями офіцери медичної служби в медичній роті представлені: хірургів - 6; анестезіологіє - 4, терапевтів - 2; провізорів - 1.

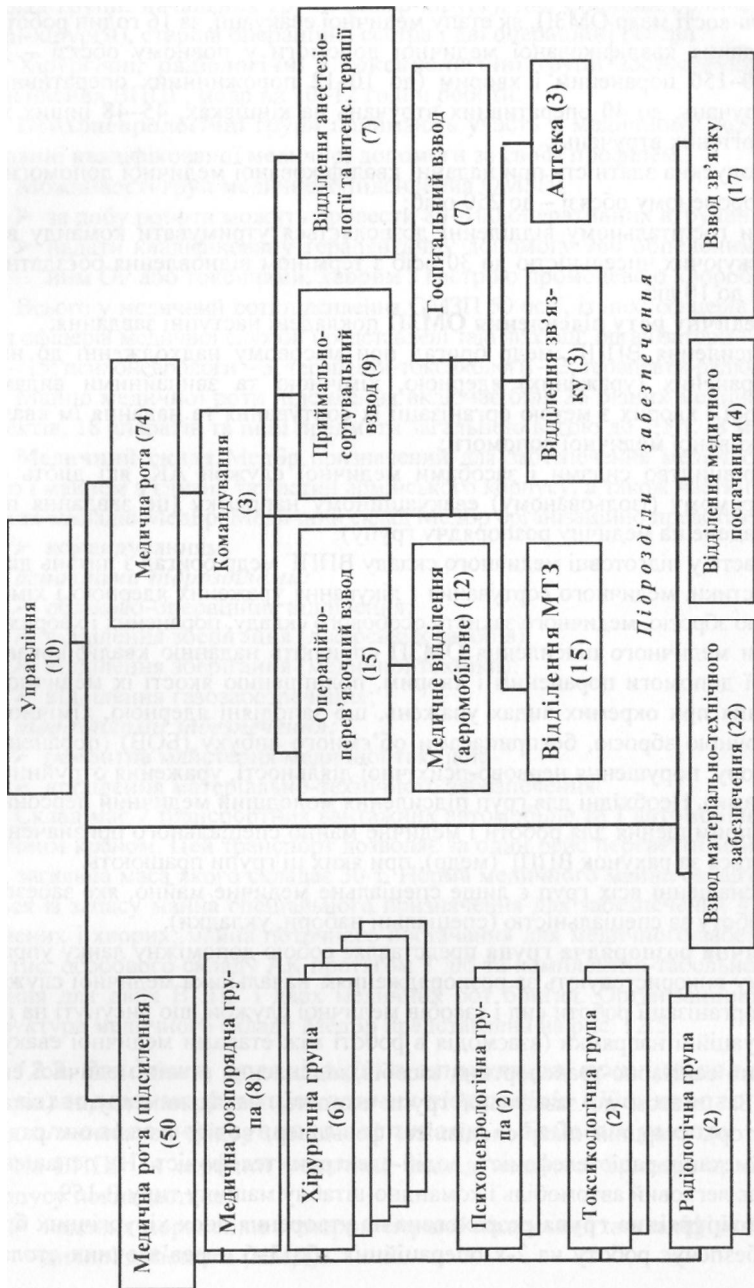


Рис. 12.4. Організаційно-штатна структура окремого медичного загону підсилення

Можливості медр ОМЗП, як етапу медичної евакуації, за 16 годин роботи:

- > надання кваліфікованої медичної допомоги у повному обсязі - до 100–150 поранених і хворих (до 10-12 порожнинних оперативних втручань, до 40 оперативних втручань на кінцівках, 45-48 інших хірургічних втручань);
- > пропускну здатність при наданні кваліфікованої медичної допомоги у скороченому обсязі - до 250 осіб;
- > при госпітальному відділенні дозволяється утримувати команду видужуючих чисельністю до 30 осіб з терміном відновлення боєздатності до 10 діб.

На медичну роту підсилення ОМЗП покладені наступні завдання:

- > підсилення ВППГ, медр бригад при масовому надходженні до них поранених (уражених) ядерною, хімічною та звичайними видами зброї і хворих з метою організації їх сортування та надання їм кваліфікованої медичної допомоги;
- > керівництво силами і засобами медичної служби АК, які діють на окремому (ізольованому) евакуаційному напрямку (це завдання покладене на медичну розпорядчу групу).
- > участь у підготовці медичного складу ВППГ медр бригад з питань діагностики, медичного сортування і лікування уражених ядерною і хімічною зброєю, медичного захисту особового складу, поранених і хворих.

Групи медичного підсилення ОМЗП сприяють наданню кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим, поліпшенню якості їх медичного сортування при окремих видах уражень, що заподіяні ядерною, хімічною, високоточною зброєю, боеприпасами об'ємного вибуху (БОВ) (поранення органу зору, порушення нервово-психічної діяльності, ураження отруйними речовинами). Необхідні для груп підсилення молодший медичний персонал, а також приміщення для роботи і медичне майно спеціального призначення виділяються за рахунок ВППГ (медр), при яких ці групи працюють.

На оснащенні всіх груп є лише спеціальне медичне майно, яке забезпечує їх роботу за спеціальністю (спеціальні набори, укладки).

Медична розпорядча група представляє собою допоміжну ланку управління, яку використовують за розпорядженням начальника медичної служби АК для організації роботи сил і засобів медичної служби, що висунуті на певні евакуаційні напрямки (взаємодія в роботі між етапами медичної евакуації, робота санітарно-транспортних засобів, підсилення етапів медичної евакуації). За штатом до зазначеної групи входять: начальник групи (лікар-організатор), старший лікар-спеціаліст, фельдшер, водій, начальник радіостанції, механік-радіотелефоніст, водій-електрик, телефоніст. На оснащенні група має легковий автомобіль і командно-штабну машину типу Р-159.

Одна хірургічна група розрахована на утворення двох хірургічних бригад і забезпечує роботу на 2-х операційних або 5-6 перев'язочних столах.

Склад групи: начальник групи (лікар-хірург), два старших ординатора (лікарі-хірурги), старша операційна сестра і дві операційні сестри.

Хірургічні, **радіологічні і токсикологічні** групи застосовуються для підсилення ВППГ, медр на 10-12 годин роботи.

Психоневрологічні групи приймають участь в медичному сортуванні і наданні кваліфікованої медичної допомоги за своїм профілем.

Можливості груп медичного підсилення ОМЗП:

- > за добу роботи можуть провести 80-100 оперативних втручань;
- > надати кваліфіковану терапевтичну допомогу 960 оплеченим, ураженим ОР або токсинами, хворим з гострою променевою хворобою.

Всього у медичній роті підсилення ОМЗП 50 осіб, із них: офіцерів - 25. Серед офіцерів медичної служби представлені такі фахівці: організатори — 3; хірурги - 15; психоневрологи - 3; терапевти-токсикологи - 2; терапевти-радіологи - 2.

Майно медичної роти підсилення включає біля 26 різних медичних комплектів, 18 апаратів та інші предмети загальною вагою до 2,5 т. (8 м').

Медичний склад МедБр призначений для забезпечення медичною технікою і майном з'єднань та частин армійського корпусу, а також частин і лікувальних закладів МедБр. Медичний склад МедБр організаційно представлений:

- > командуванням;

основними підрозділами:

- > обліково-операційне відділення;
- > відділення зберігання (лікарських засобів);
- > відділення зберігання (медичної техніки);
- > відділення газозабезпечення;

підрозділами забезпечення:

- > ремонтна майстерня медичної техніки;
- > відділення матеріально-технічного забезпечення.

Склад має 7 транспортних вантажних автомобілів та 1 автомобіль з гідравлічним краном. Цей транспорт дозволяє за один рейс перевезти майно складу, загальна маса якого складає 30 т. Норма медичного майна складу складається із запасу майна спеціального призначення для забезпечення 4 тис. поранених і хворих, майна поточного постачання для медичного забезпечення 20 тис. особового складу АК протягом 7 діб та комплектно-табельного оснащення для двох ВППГ і двох медичних рот бригад. Організаційно-штатна структура медичного складу МедБр представлена на рис. 12.5.

12.3. Завдання, організаційна структура, принципова схема розгортання функціональних підрозділів військового польового пересувного госпіталю в бойових умовах

На ВППГ як окремий медичний заклад медичної бригади армійського корпусу покладається:

- > надання пораненим і хворим першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги (КМД);

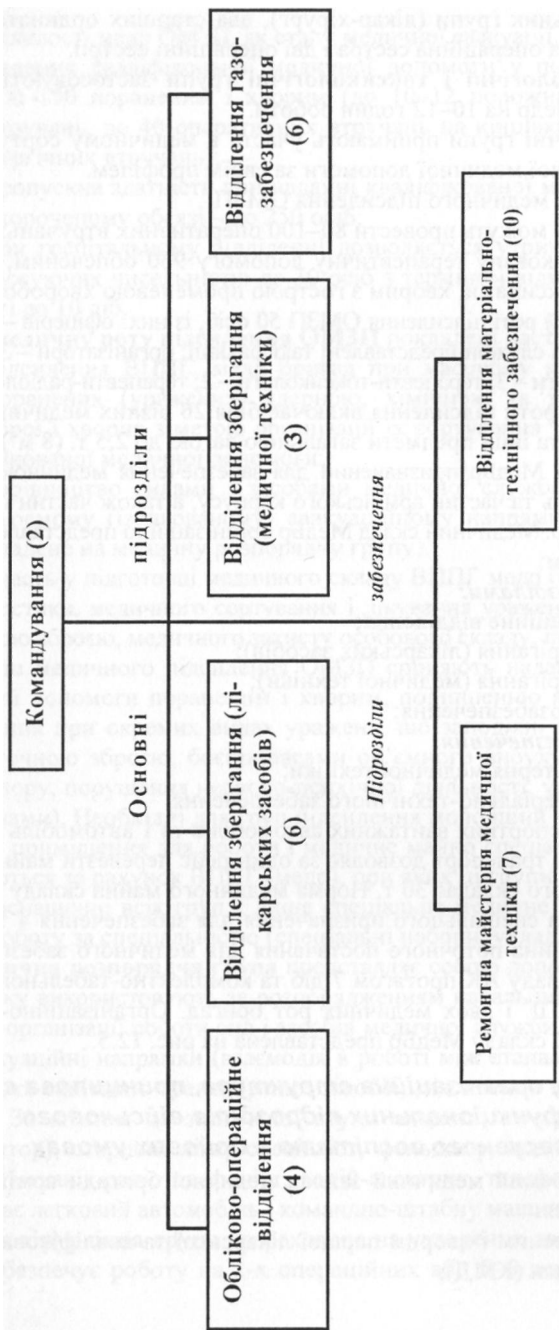


Рис. 12.5. Організаційно-штатна структура медичного складу медичної бригади.

- > участь у ліквідації осередків масових санітарних втрат, що виникають у військах та в тиловій смузі армійського корпусу;
- > проведення усіх видів медичної розвідки в районах розгортання ВППГ;
- > ведення медичного обліку та звітності, збір матеріалів для узагальнення досвіду роботи.

ВППГ є лікувально-профілактичним закладом, який розгортає етап медичної евакуації для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим і звідки починається їх евакуація за призначенням. На ВППГ, як етап медичної евакуації, покладається:

- > прийом, реєстрація, медичне сортування та розміщення поранених і хворих (надання їм короткочасного відпочинку, якщо потрібно);
- > повна санітарна обробка поранених і хворих, які її потребують, часткова дезактивація, дегазація та повна дезінфекція їх обмундирування і спорядження;
- > тимчасова ізоляція інфекційних хворих та уражених мікробними формами бактеріологічної зброї до їх евакуації в інфекційний госпіталь;
- > надання пораненим і хворим першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги;
- > тимчасова госпіталізація та лікування поранених і хворих, які не можуть підлягати подальшій евакуації через тяжкість стану здоров'я (нетранспортабельних);
- > лікування легкопоранених і легкохворих з термінами видужання до 15 діб;
- > підготовка поранених і хворих до подальшої евакуації за призначенням та організація відправки їх до госпітальних баз;
- > участь у проведенні медичних заходів з ліквідації наслідків застосування противником засобів масового ураження.

Для вирішення зазначених завдань ВППГ має необхідні сили і засоби, а також відповідну організаційно-штатну структуру. До складу ВППГ входять: управління, основні підрозділи (лікувально-діагностичні відділення та кабінети) і підрозділи забезпечення (взвод матеріально-технічного забезпечення, аптека і взвод зв'язку). Організаційно-штатна структура ВППГ показана на рис. 12.6.

Особовий склад ВППГ 169 осіб, з них: 29 лікарів (лікар-організатор, 13 хірургів, 3 терапевти і терапевт-токсиколог, 4 анестезіологи, 3 реаніматологи, психоневролог, стоматолог, рентгенолог, лікар-лаборант) і провізор, 8 фельдшерів, один фармацевт, 56 медичних сестер, 3 лаборанти, 6 санітарних інструкторів, 15 санітарів, 4 офіцери інших служб і родів військ, 5 прапорщиків і 41 особа рядового та сержантського складу.

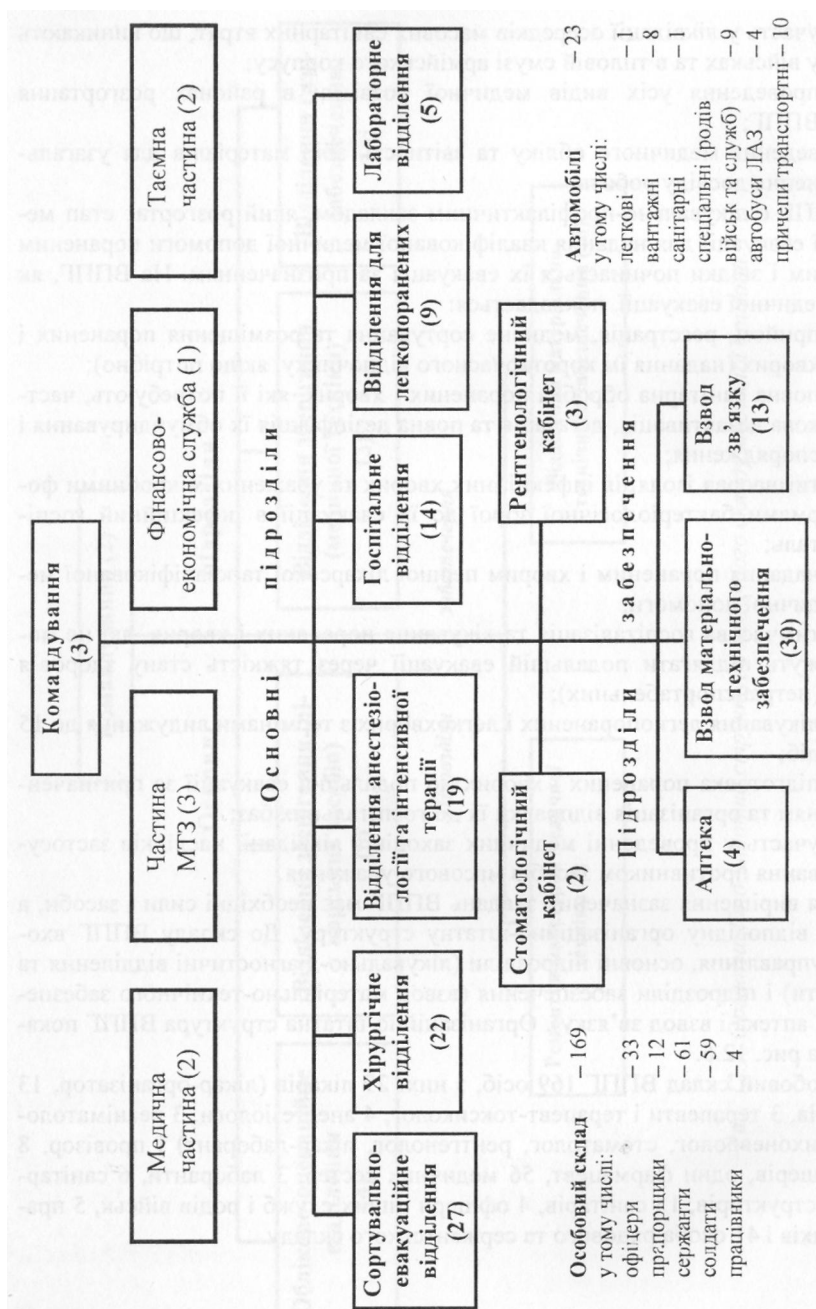


Рис. 12.6 Організаційно-штатна структура польового військового пересувного госпіталю

ВППГ оснащений комплектно-табельним майном та засобами для надання пораненим і хворим кваліфікованої медичної допомоги. Оснащення ВППГ дозволяє розгорнути його як етап медичної евакуації у польових умовах і за добу роботи забезпечити надання кваліфікованої медичної допомоги у повному обсязі до 500 пораненим і хворим, виконати до 116 хірургічних втручань. Управління ВППГ призначене для керівництва діяльністю госпіталю і організації його роботи, а також для забезпечення надійного зв'язку з управлінням МедБр, медичною службою і тиловим пунктом управління бригади, яку забезпечує ВППГ.

До складу управління входять: командир ВППГ - лікар-організатор, начальник медичної частини - провідний хірург, помічник начальника госпіталю з матеріально-технічного забезпечення, начальник фінансової служби, начальник таємної частини та ін.

У бойовій обстановці для управління діяльністю ВППГ розгортається і обладнується польовий пункт управління, на який покладається:

- > безперервний збір, вивчення і аналіз інформації про оперативну, тилову і медичну обстановку, підготовка розрахунків і пропозицій для прийняття рішення з усіх питань організації роботи госпіталю;
- > планування роботи госпіталю в системі лікувально-евакуаційного забезпечення операції АК згідно з рішенням начальника медичної служби АК та наказу командира МедБр, доведення завдань до виконавців та організація їх виконання;
- > складання і оформлення наказів, розпоряджень, інструкцій, медичних донесень і звітів, вимог на продовольче та речове майно;
- > підтримка взаємодії і організація зв'язку з управлінням МедБр, тиловим пунктом управління бригади, яку забезпечує ВППГ, з санітарно-транспортними підрозділами та ін.;
- > організація медичного захисту від зброї масового ураження, охорони і оборони госпіталю;
- > організація всебічного матеріально-технічного забезпечення госпіталю;
- > планування і організація бойової та гуманітарної підготовки особового складу госпіталю та поранених і хворих;
- > своєчасне подання донесень до управління МедБр та систематичне інформування про обстановку начальників (командирів) підпорядкованих підрозділів.

До основних підрозділів ВППГ належать лікувально-діагностичні відділення: сортувально-евакуаційне, хірургічне, госпітальне, анестезіології та інтенсивної терапії для легкопоранених, лабораторне, а також рентгенологічний і стоматологічний кабінети. Основні підрозділи забезпечують розгортання ВППГ як етапу медичної евакуації.

Сортувально-евакуаційне відділення призначене для розгортання одноіменного відділення. Крім того, його особовий склад розгортає відділення спеціальної обробки. У складі відділення два хірурги, терапевт, три фельдшери, 16

осіб середнього і молодшого медичного персоналу, а також водій-електрик і кочегар-паропровідник. На оснащенні є підставки і станки під ноші для розміщення поранених і хворих, замісний фонд нош, польові меблі, а також медичне майно: сумки медичні військові, комплекти "Фельдшерський" (ПФ), "Приймально-сортувальний" (В-2), "Перев'язувальні засоби стерильні" (Б-1), "Шини" (Б-2), "Перев'язувальні засоби для обпечених стерильні" (Б-4), "Санітарна обробка" (СО), кисневі інгалятори КІ-4, апарати штучної вентиляції легень ДП-10, медикаменти і предмети для надання невідкладної медичної допомоги.

Хірургічне відділення разом з відділенням анестезіології та інтенсивної терапії розгортає операційно-перев'язочне (хірургічне) відділення для надання кваліфікованої хірургічної допомоги. У складі відділення 8 хірургів, старша операційна та 8 операційних сестер, медичні сестри і молодший медичний персонал. З медичного майна використовують комплекти: "Перев'язочна велика" (В-1), "Мала операційна" (Г-7), "Велика операційна" (Г-8), "Операційні матеріали" (Г-9), "Операційні предмети" (Г-10), "Перев'язувальні засоби стерильні" (Б-1), "Шини" (Б-2), "Перев'язувальні засоби для обпечених стерильні" (Б-4), лікарські засоби з комплектів "Антибіотики" (АНТ), "Лікарські засоби для лікування уражених і обпечених (госпітальний)" (РО-2), апарати: ДП-10, КІ -4, а також операційні та перев'язочні столи, переносне освітлювальне обладнання, польові меблі та інше оснащення.

Госпітальне відділення призначене для розгортання однойменного відділення на 30 ліжок з командою видужуючих до 50 чоловік. У складі взводу два терапевти, психоневролог, терапевт-токсиколог, середній і молодший медичний персонал. На оснащенні є комплекти "Перев'язувальні засоби стерильні" (Б-1), "Спеціальна допомога" (В-3), "Перев'язувальні засоби для обпечених стерильні" (Б-4), "Палатний" (Г-12), "Предмети догляду" (Г-13), "Дезінфекція" (В-5), лікарські засоби з комплектів "Антибіотики" (АНТ), "Лікарські засоби для лікування уражених іонізуючим випромінюванням" (ЛУЧ), "Лікарські засоби для лікування уражених отруйними речовинами" (ОВ), "Лікарські засоби неврологічні" (Г-3), апарати штучної вентиляції легень та кисневої терапії, інше оснащення.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії розгортає відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії у складі: реанімаційної для поранених (разом з хірургічним відділенням) і палати інтенсивної терапії для опікових. У складі відділення працюють 4 анестезіологи і три реаніматологи, три фельдшери, старша медична та 16 сестер-анестезистів, молодший медичний персонал. На оснащенні відділення є комплекти "Протишоковий" (Ш-1), "Анестезіологічний" (АН), лікарські засоби з комплекту "Лікарські засоби для лікування уражених і обпечених (госпітальний)" (РО-2), апарати інгаляційного наркозу (типу "Наркон-2", "Наркон-П"), штучної вентиляції легень (ДП-9, ДП-10, Пневмат-1), киснева інгаляційна станція (КІС) та інше оснащення для проведення протишокових (реанімаційних) заходів.

Відділення для легкопоранених призначене для розгортання функціонального підрозділу з аналогічною назвою та сортувальною для легкопоранених в сортувально-евакуаційному відділенні. До штату відділення входять два хірурги, фельдшер та дві медичні сестри. Для роботи відділення має відповідне оснащення: комплекти "Перев'язочна велика" (В-1), "Приймально-сортувальний" (В-2), "Перев'язувальні засоби стерильні" (Б-1), "Шини" (Б-2), "Перев'язувальні засоби для обпечених стерильні" (Б-4) та ін.

Лабораторне відділення призначене для розгортання клінічної лабораторії у складі госпітального відділення з метою забезпечення роботи лікарів-спеціалістів загальноклінічними та біохімічними дослідженнями. Особовий склад відділення: начальник - лікар-клінічний лаборант, два лаборанти і санітар. На оснащенні є "Лабораторія клінічна госпітальна" (Л-2).

Стоматологічний кабінет розгортає у міжбойовий період однойменний функціональний підрозділ. Забезпечують роботу кабінету лікар-стоматолог і медична сестра. Під час бойових дій стоматолог працює у перев'язочній для тяжкопоранених і надає кваліфіковану хірургічну допомогу пораненим у щелепно-лицьову ділянку. Кабінет має на оснащенні: крісло стоматологічне польове, комплект "Стоматологічний" (ЗВ) та ін.

Рентгенологічний кабінет розгортає відповідний кабінет для забезпечення роботи лікарів-спеціалістів рентгенологічними дослідженнями. У складі кабінету працюють: начальник - лікар-рентгенолог, рентген-лаборант і водій. На оснащенні є пересувний рентгенкабінет "ПРК" на базі автомобіля.

До підрозділів забезпечення ВППГ належать: аптека, взвод зв'язку і взвод матеріально-технічного забезпечення.

Аптека призначена для прийому, зберігання, обліку медичного майна і забезпечення ним підрозділів ВППГ, виготовлення стерильних розчинів і лікарських форм для потреб функціональних підрозділів, стерилізації операційної білизни і перев'язувальних засобів, організації технічного обслуговування та ремонту медичної техніки. Працюють в аптеці: начальник — провізор, фармацевт, санінструктор і коцегар-паропровідник. Аптека оснащена стерилізаційно-дистиляційною установкою на причепі (СДП-2), необхідним комплектно-табельним майном. За добу роботи аптека може приготувати 150-200 л розчинів для ін'єкцій та інших лікарських форм. Загальні запаси медичного майна у ВППГ розраховані на 2000 поранених і хворих для надання кваліфікованої медичної допомоги. Свої запаси аптека ВППГ відновлює з медичного складу МедБр.

Взвод зв'язку призначений для забезпечення радіо - та дротового зв'язку пункту управління госпіталю з управлінням МедБр, тиловим пунктом управління бригади, яку забезпечує ВППГ, санітарно-транспортними підрозділами, а також створює внутрішній телефонний зв'язок між підрозділами госпіталю. На оснащенні взводу є необхідна кількість телефонних апаратів, кабелю, радіостанцій, а також комутатор, командно-штабна машина та інші засоби зв'язку.

Взвод матеріально-технічного забезпечення призначений для матеріально-технічного забезпечення ВППГ. До складу взводу входять автомобільне відділення, відділення технічного обслуговування, відділення електрозабезпечення, їдальня, склади.

На оснащенні взводу матеріально-технічного забезпечення є вантажні автомобілі, кухні причепні, майстерня технічного обслуговування (МТО-АТ), освітлювальні електростанції, автомобілі для підвозу води, продовольства, пального та ін.

У польових умовах ВППГ розгортається і переміщується згідно з розпорядженнями начальника медичної служби армійського корпусу та наказами (розпорядженнями) командира МедБр АК.

В умовах, які вимагають термінового переміщення ВППГ, начальник ВППГ видає на це розпорядження самостійно і негайно доповідає про зміну місця розташування командиру МедБр, а також сповіщає про це начальника медичної служби бригади, в інтересах якої діє ВППГ.

ВППГ розгортається на відстані: в наступі 12-15 км, в обороні 20-25 км від лінії фронту. Термін доставки поранених і хворих до ВППГ для надання кваліфікованої медичної допомоги не повинен перевищувати 8—12 годин з моменту поранення, а при ураженні фосфорно-органічними отруйними речовинами - 6-8 годин з моменту ураження.

ВППГ повинен бути готовим до прийому поранених і хворих через 2 години влітку і через 3 години взимку з моменту прибуття до нового місця розгортання. Причому, готовність першої черги, яка визначається розгортанням сортувально-евакуаційного, операційно-перев'язочного відділень, а також відділення анестезіології та інтенсивної терапії повинна забезпечуватись через 40 хвилин після прибуття ВППГ на місце.

Рубежі розгортання військових польових пересувних госпіталів в оперативній побудові військ АК визначає начальник медичної служби корпусу. Район для розгортання ВППГ вказує командир МедБр, а остаточний вибір площадки (місця розгортання) та її трасування здійснює рекогносцувальна група під керівництвом начальника госпіталю. До рекогносцувальної групи включають представників основних функціональних підрозділів, помічника начальника госпіталю з матеріально-технічного забезпечення. Керівником рекогносцувальної групи, окрім начальника госпіталю, може призначатись начальник медичної частини.

Для розгортання ВППГ потрібен майданчик розміром 300 x 400 м. При його виборі необхідно враховувати:

- > характер бойових дій військ і умови, що склалися в бойовій та медичній обстановці;
- > напрямок шляхів евакуації;
- > наявність шляхів під'їзду до місця розгортання;
- > відсутність поблизу місця розгортання об'єктів, які можуть привернути увагу противника з метою їх знищення;

- > зручність маскуванню від повітряного та наземного нападу противника;
- > наявність штучних, природних сховищ, чи можливість їх створення;
- > наявність джерел води;
- > благополучний санітарно-епідемічний стан району розгортання ВППГ.

Після вибору місця розгортання ВППГ рекогносцувальна група здійснює трасування площадки. При цьому слід забезпечити виконання наступних вимог:

- > можливість виділення трьох самостійних потоків (тяжкопоранених та поранених середньої тяжкості, легкопоранених і хворих);
- > можливість виділення з вище названих трьох потоків контингентів, які є небезпечними для оточуючих, і спрямування їх до відділення спеціальної обробки або ізоляторів;
- > таке розташування підрозділів на площадці, яке, по можливості, виключає перехрест різних потоків поранених і хворих;
- ^ відстань між окремими функціональними підрозділами повинна бути не менше 50 м (20—30 м між наметами функціонального підрозділу).

У залежності від конкретних умов ВППГ розгортається у наметах, іноді в житлових чи інших будівлях, спеціальних спорудах.

При розгортанні функціональних підрозділів в укриттях для розташування поранених і хворих виходять з розрахунку: на одного сидячого потрібно 0,72 м², на одного лежачого пораненого - 2,5 м², на один операційний стіл - 20 м².

На площадці ВППГ розгортають і обладнують:

- > *сортувально-евакуаційне відділення* (СЕВ) у складі: сортувального поста, сортувальної площадки, сортувальних та евакуаційних палат для тяжкопоранених, поранених середнього ступеня тяжкості, для хворих, для легкопоранених;
- > *відділення спеціальної обробки* (ВСО) у складі: роздягальної, мийної, одягальної, дезінфекційно-душогового автомобіля, площадок для дезактивації (дезінфекції, дегазації) одягу, взуття та спорядження поранених і хворих, та окремо — для транспорту;
- > *операційно-перев'язочне відділення* у складі: операційної з передопераційною і перев'язочною з передперев'язочною для поранених середнього ступеня тяжкості;

У *відділення анестезіології та інтенсивної терапії* у складі: палати інтенсивної терапії (ПІТ) для поранених (з травматичним шоком), ПІТ для опікових;

- > *госпітальне відділення* у складі: ПІТ для нетранспортабельних поранених, ПІТ для хворих, анаеробної, палати для тяжкопоранених (агонуючих), які потребують симптоматичної терапії та догляду, психоізолятора, ізолятора на дві інфекції, рентгенівського кабінету і клінічної лабораторії. Крім того, на площадці ВППГ розгортаються штаб, аптека, підрозділи забезпечення (кухня, їдальня, сховища, електростанція), обладнуються приміщення для особового складу.

Загальна схема розгортання основних відділень ВППГ показана на рис. 12.7.

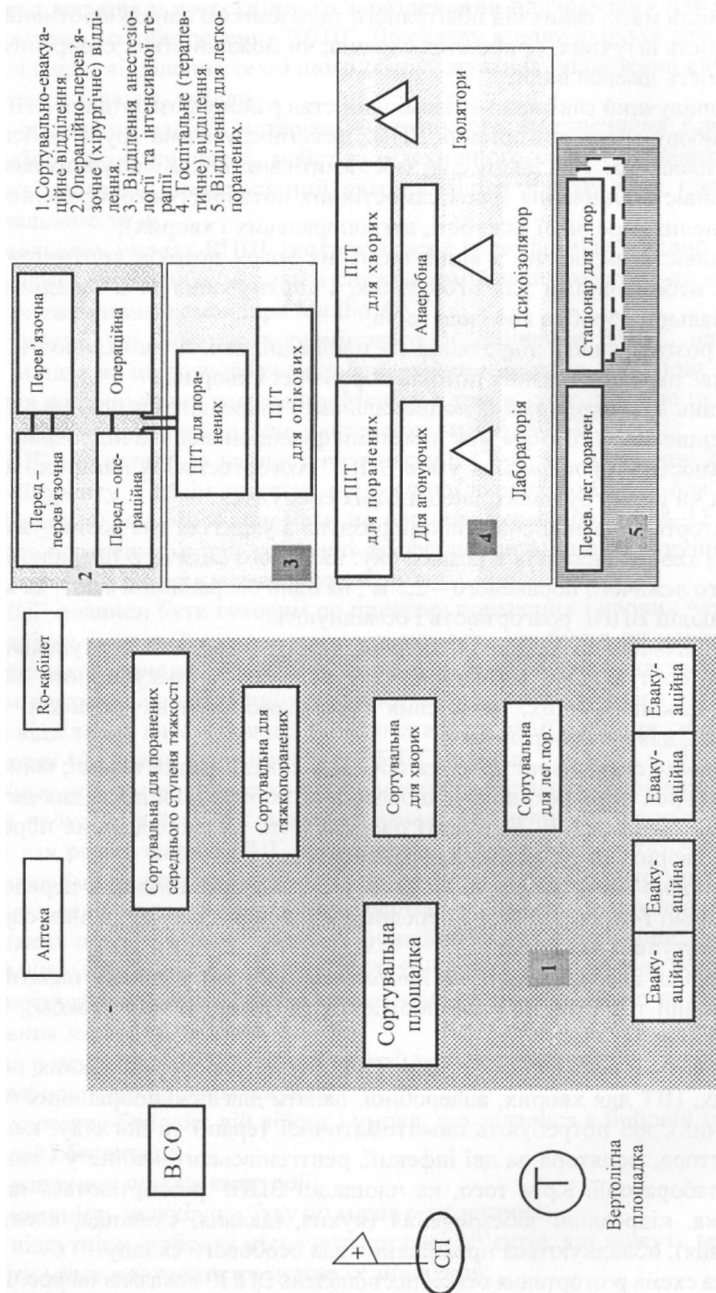


Рис. 12.7. Загальна схема розгортання основних відділень ВПП

Організація роботи функціональних підрозділів ВППГ

Сортувально-евакуаційне відділення в польових умовах розгортає:

Сортувальний пост (СП). Робота ВППГ як етапу медичної евакуації починається з прийому та сортування поранених і хворих, які надходять з медичних рот бригад та військ. Сортувальний пост обладнується на в'їзді до площадки ВППГ. На ньому працює санітарний інструктор - дозиметрист. Під час масового надходження поранених і хворих на посту працюють фельдшер і два санітарних інструктори (медичні сестри, санітари).

За необхідності, з метою вирішення окремих питань щодо медичного сортування, на СП викликається лікар із сортувальної площадки.

Завдання посадових осіб, які знаходяться на СП, полягає у тому, щоб на підставі первинних медичних карток (ПМК), даних опитування та огляду, а також результатів дозиметричного та хімічного контролю провести первинне сортування поранених і хворих.

Транспорт, що доставив поранених і хворих у ВППГ, зупиняється на СП. За командою санітарного інструктора поранені і хворі, які зберегли здатність до самостійного пересування, виходять з автомобіля. Один санітарний інструктор виконує медичне сортування поранених, здатних до самостійного пересування, а інший, що працює безпосередньо в автомобілі, - медичне сортування поранених і хворих на ношах. Якщо на СП працює один санітарний інструктор, то спочатку він виконує сортування ходячих поранених і хворих, а потім — лежачих.

Первинне сортування на СП відбувається у наступній послідовності:

- > по-перше — санітарний інструктор за допомогою рентгенометра-радіометра (ДП-5А) і приладу хімічної розвідки (ПХР-МВ) здійснює дозиметричний та хімічний контроль транспорту, який доставив поранених і хворих, обмундирування, спорядження і безпосередньо самих поранених;
- > по-друге - санітарний інструктор знайомиться з ПМК кожного пораненого чи хворого і звертає особливу увагу на сигнальні смужки. Якщо останні відсутні, санітарний інструктор керується записами з картки та даними опитування пацієнта, дозиметричного та хімічного контролю і первинного обстеження. На проведення сортування кожного потерпілого в середньому витрачається до 3 хв.

Санітарний інструктор розподіляє всіх поранених і хворих, які надійшли до ВППГ, за принципом небезпечності для оточуючих на:

- > тих, хто представляє небезпеку для оточуючих (інфекційні хворі, уражені радіоактивними або отруйними речовинами, з гострими реактивними станами);
- > тих, хто не представляє небезпеки для оточуючих.

Інфекційні хворі направляються до ізолятора на тому ж транспорті, яким вони були доставлені. Осіб із зовнішнім забрудненням радіоактивними або хімічними отруйними речовинами направляють у відділення спеціальної

обробки для проведення повної санітарної обробки, дегазації, дезактивації і дезінфекції їх обмундирування і спорядження, а з гострими реактивними станами - у психоізолятор.

Осіб, які не представляють небезпеки для оточуючих, розподіляють на три основні потоки:

- > тих, хто може пересуватись самостійно (відносяться до категорії легкопоранених), окремим потоком спрямовують до сортувальної палати для легкопоранених;
- > поранених і хворих на ношах до сортувальної площадки на транспорті, на якому вони надійшли у ВППГ.

Сортувальна площадка. Усі поранені і хворі на ношах на санітарному автотранспорті прибувають до сортувальної площадки. Ноші з пораненими знімають з автомобілів на площадку (або заносять у сортувальні палати) і розташовують у порядку, зручному для проведення сортування.

Після розвантаження санітарних автомобілів лікар сортувальної бригади здійснює *вибіркове сортування* з метою виявлення найбільш тяжких поранених та хворих. Їх поза чергою направляють до відповідних функціональних підрозділів ВППГ (операційна, перев'язочна, реанімаційна).

На сортувальній площадці працює весь особовий склад, який обслуговує сортувальні та евакуаційні палати для тяжкопоранених і поранених середнього ступеня тяжкості. Роботу на сортувальній площадці організують два лікарі-хірурги із СЕВ. Сортувальні бригади формуються у складі: лікар, два середніх медичних працівники, два реєстратори та два санітари.

Сортування хворих терапевтичного профілю здійснюють у сортувальній палаті для хворих.

Поранених на ношах сортують дві сортувальні хірургічні бригади у вище вказаному складі. Продуктивність такої бригади — сортування 6 уражених за годину. Робота сортувальної бригади організується наступним чином. Спочатку реєстратор самостійно перевіряє заповнення паспортної частини первинної медичної картки (при необхідності заповнює) на пораненого. Потім лікар з медичною сестрою ознайомлюються з медичними документами пораненого, якщо вони є, оцінює його скарги і загальний стан, оглядає місце поранення (без зняття пов'язки), перевіряє дані індивідуальної дозиметрії. На підставі отриманих даних лікар приймає сортувальне рішення, віддає медичній сестрі розпорядження щодо надання на місці необхідної медичної допомоги та диктує реєстратору дані для запису в історії хвороби (Ф-102). Медична сестра виконує призначення лікаря, а реєстратор закріплює сортувальний висновок сортувальною маркою. Лікар з іншим середнім медичним працівником переходить до наступного пораненого, паспортні дані якого другий реєстратор уже заніс в історію хвороби. Цикл сортування повторюється.

При проведенні медичного сортування на площадці виділяють наступні групи поранених:

- > які потребують кваліфікованої хірургічної, реанімаційної допомоги та інтенсивної терапії в умовах хірургічного та АІТ відділеннях, осіб, потреба яких в медичній допомозі не може бути визначена на сортувальній площадці направляють до сортувальної палати для тяжкопоранених;
- > які потребують симптоматичної терапії і догляду - їх направляють у однойменну палату госпітального відділення;
- > які можуть бути евакуйовані на наступні етапи медичної евакуації після отримання необхідної медичної допомоги безпосередньо на сортувальній площадці (палаті)-їх направляють в евакуаційну палату;
- > з анаеробною інфекцією - їх направляють в анаеробну палату госпітального відділення.

При масовому надходженні поранених і хворих до медичного сортування тимчасово залучають особовий склад інших функціональних підрозділів.

Якщо необхідно, пораненим і хворим на сортувальній площадці виконують ін'єкції (знеболюючі засоби, дихальні та серцеві аналептики, антибіотики, правцевий анатоксин), накладають транспортні шини тощо. Про всі виконані медичні процедури роблять відповідні записи в історію хвороби.

Усі поранені і хворі, що надходять у будь-яку сортувальну палату, реєструються у книзі обліку поранених і хворих (Ф-106).

Сортувальні палати для тяжкопоранених і поранених середнього ступеня тяжкості призначені для тимчасового розташування поранених та обпечених, які очікують своєї черги до операційної, перев'язочної і реанімаційної, для більш якісного їх обстеження, та яким сортувальне призначення не можна виконати на сортувальній площадці.

Сортувальну палату забезпечують сортувальні бригади, фельдшер, два санітари, два санітари-носії (з КВ) і реєстратор (з КВ). При надходженні постраждалих до сортувальної палати їх групують за локалізацією пошкодження. Місця в сортувальній палаті розподіляють для окремих груп поранених та обпечених і позначають відповідними надписами: "Поранені в голову", "Поранені в черево і таз", "Поранені в кінцівки" тощо.

Поранених, потребу яких в медичній допомозі не визначили на сортувальній площадці, в сортувальній палаті обстежують більш ретельно для прийняття сортувального рішення. З метою визначення або уточнення діагнозу до процесу обстеження можуть залучатись рентгенолог і лікар-лаборант.

На всіх поранених, які надійшли до сортувальної палати, оформляють історії хвороби, з якими їх спрямовують до наступних функціональних підрозділів.

Усім пораненим вводять правцевий анатоксин і антибіотики, засоби, які збуджують дихання, дають кисень тощо. Якщо немає протипоказань, пораненим та обпеченим дають гарячий чай, їжу, забезпечують їх догляд та зігрівання.

Одночасно з оглядом постраждалих лікар визначає черговість (терміновість) надання їм медичної допомоги. Рішення лікаря фіксується сортувальними марками. Із сортувальної палати постраждати можуть бути направлені: в ПІТ для обпечених, у перев'язочну для тяжкопоранених та поранених середнього ступеня тяжкості, в операційну, у ПІТ для поранених.

Сортувальна для хворих. Серед СВ терапевтичного профілю, які надходять до вказаної сортувальної палати, 30[^]10% складають хворі та уражені психоневрологічного профілю. Уражених психоневрологічного профілю сортирує лікарсько-сестринська бригада, яку очолює психоневролог із госпітального відділення. Інших хворих оглядає і дає сортувальне призначення лікарсько-сестринська бригада з терапевтом із СЕВ. У сортувальній для хворих працюють санітарний інструктор, медична сестра, два санітари-носії і два реєстратори з КВ.

Лікар здійснює огляд хворих і уражених, визначає або уточнює діагноз і призначає медичну допомогу, якщо потрібно. Середній медичний персонал виконує вказівки лікаря, а реєстратор заповнює медичну документацію. На хворих, яких направляють у КВ або в госпітальне відділення, заповнюють історію хвороби. Відносно хворих із психомоторним збудженням можливе застосування методів фармакологічної фіксації, що дозволяє уникнути тимчасової ізоляції їх на цьому етапі.

На сортування одного хворого чи пораненого витрачається 3-5 хвилин, що дозволяє оглядати сортувальній лікарсько-сестринській бригаді до 12 хворих за годину.

В результаті медичного сортування хворі та уражені терапевтичного профілю направляються:

- > нетранспортабельні і ті, що потребують інтенсивної терапії, - у ПІТ для хворих і уражених;
- > з короткими термінами лікування, якщо вони не потребують постільного режиму, - у КВ;
- > хворі та уражені, які не потребують медичної допомоги на цьому етапі, або яким вона була надана під час сортування, - в евакуаційну для хворих. Цій категорії хворих лікар сортувальної бригади дає евакуаційне призначення;
- > хворі та уражені з неясним діагнозом, а також з ймовірно тривалими термінами госпіталізації-у терапевтичні лікувальні заклади ТерГБ;
- > із термінами лікування до 30 днів з визначеним діагнозом і якщо не потрібний постільний режим - у військовий польовий госпіталь легкопоранених пересувної госпітальної бази.

Сортувальна для легкопоранених. Розгортається на відстані від інших приміщень ВППГ, з метою обмеження доступу легкопоранених в інші функціональні підрозділи госпіталю. Роботу в цій сортувальній забезпечують хірург - начальник відділення для легкопоранених, медична сестра із СЕВ, а також два санітари і реєстратор (з КВ).

Всіх, хто надходить для сортування, реєструють у книзі обліку поранених і хворих, а також заповнюють первинні медичні картки на тих, хто їх не мав. На легкопоранених, яким надається медична допомога у підрозділах ВППГ, заповнюють історію хвороби. Тут виконують ін'єкції знеболюючих засобів, серцевих і дихальних аналептиків, правцевого анатоксину, антибіотиків, виправляють пов'язки та іммобілізацію. Пораненим надають відпочинок, харчування та обігрівання.

Медичне сортування легкопоранених здійснюється за принципом амбулаторного прийому. Лікар сидить за столом таким чином, щоб бачити всіх поранених. Поранені по черзі підходять до лікаря для огляду. Лікар на підставі зовнішнього огляду ставить діагноз, дає призначення, які виконує медична сестра, а реєстратор робить записи в книзі обліку уражених і хворих і у первинну медичну картку. З такою організацією роботи сортувальна бригада у визначеному складі здатна сортувати до 12-15 поранених за годину.

Таким чином, на підставі отриманих даних лікар розподіляє поранених на групи і направляє:

- > поранених, які потребують хірургічної допомоги на цьому етапі (зовнішня кровотеча, що триває; сильні болі в рані; запальний набряк тканин навколо рани; підозра на зараження рани отруйними речовинами), — в перев'язочну для легкопоранених;
- > поранених, які потребують подальшої евакуації без надання їм медичної допомоги у ВППГ, - в евакуаційну для легкопоранених;
- > "непрофільних" та поранених, стан яких став більш тяжким і які мають тяжкі пошкодження довгих трубчастих кісток або проникні ураження, - спрямовують в інші функціональні підрозділи за рішенням лікаря.

Проведений аналіз структури легкопоранених за тяжкістю стану дозволяє стверджувати, що біля 50% від них потребують хірургічної допомоги в умовах перев'язочної, а інші після сортування та надання допомоги мають бути спрямовані до евакуаційної з метою якнайшвидшої доставки їх у військовий польовий госпіталь легкопоранених пересувної госпітальної бази. Неприпустимо вирішувати в сортувальній палаті питання щодо можливості повернення поранених у стрій або направлення їх у КВ без знімання пов'язки та огляду рани в перев'язочній.

Евакуаційні призначені для прийому з функціональних підрозділів ВППГ всіх поранених і хворих, які підлягають подальшій евакуації, надання їм короткочасного відпочинку, харчування, медичного контролю, підготовки до евакуації та повного оформлення медичної документації, обліку евакуйованих, доставки поранених і хворих до транспорту та розміщення в ньому.

Евакуаційні палати доцільно розгортати в чотирьох приміщеннях: для легкопоранених, хворих, поранених і обпечених середнього ступеня тяжко-

сті та тяжкопоранених. Кількість місць в палатах визначається за необхідністю.

За штатним розкладом в евакуаційній для легкопоранених працює медична сестра, санітар і реєстратор з КВ. Інші три евакуаційні палати обслуговують: 3 фельдшери, шість санітарів і три реєстратори з КВ.

Евакуаційні палати обладнуються так само, як і відповідні сортувальні. Місця в них розподіляються залежно від профілю лікувального закладу, до якого евакуюють поранених і хворих. Над місцями, що виділені для кожної групи госпіталів, вивішують табличку з визначенням їх лікувального профілю. Поблизу евакуаційних приміщень обладнують площадку для стоянки санітарного евакуаційного транспорту.

При надходженні в евакуаційні палати поранених і хворих, медичний персонал знайомиться з їх медичними документами та розмішує тих, хто прибув, згідно з евакуаційним призначенням за місцями відповідного профілю.

Особлива увага звертається на повноту і правильність заповнення медичних документів, а також на продовження проведення лікування, якщо це рекомендовано в документі. Фельдшер і медична сестра безпосередньо перед евакуацією можуть вводити пораненим знеболюючі та серцеві засоби, підправити шини та пов'язки, спорожнити сечовий міхур тощо. Якщо немає протипоказань, поранені і хворі отримують гарячу їжу.

До транспорту, що прибуває з тилу, поранених і хворих доставляють і розмішують на ньому санітари під керівництвом фельдшера. Головне, щоб в один автомобіль потрапляли поранені і хворі, які направляються до одного лікувального закладу.

На усіх поранених та хворих, які евакуюються, формуються евакуаційні конверти. Евакуаційний конверт (Ф-104) призначений для запису вказівок про режим евакуації, запису проведених медичних процедур під час евакуації і для збереження медичних документів. В евакуаційний конверт вміщують первинну медичну картку та історію хвороби (при наявності).

З евакуаційних палат поранених і хворих направляють до госпітальних баз згідно з наданим евакуаційним призначенням.

Відділення для легкопоранених

Перев'язочна для легкопоранених. Перев'язочна з передперев'язочною для легкопоранених призначена для підготовки поранених до хірургічного втручання, надання першої лікарської допомоги пораненим, виконання окремих елементів кваліфікованої хірургічної допомоги, уточнення діагнозу із зняттям пов'язки, проведення внутрішньопунктового і евакуаційно-транспортного сортування.

В перев'язочній працюють хірург-ординатор відділення для легкопоранених, дві медичні сестри з цього ж відділення, реєстратор і два санітари (з КВ).

У проведенні перев'язок легкопораним може брати участь начальник відділення для легкопораних або хірурги з перев'язочною для тяжкопораних і пораних середнього ступеня тяжкості, якщо вони вільні.

Якщо перев'язочна для легкопораних розгортається у одному наметі, то передперев'язочна займає 1/3 усієї її площі та відокремлюється від перев'язочної простирадлами. Для виконання хірургічних і лікарських маніпуляцій у приміщенні встановлюють два перев'язочні столи. На одному столі хірург виконує первинну хірургічну обробку пораненого, а на другому - у цей час готують до обробки наступного пораненого.

Первинній хірургічній обробці підлягають лише легкопоранені, які мають показання до неї у ВППГ. Хірургічну обробку ран незалежно від їх локалізації виконують на перев'язочних столах під місцевим знеболюванням. Середня тривалість обробки одного пораненого складає 15-35 хв. Легкопоранені з короткими термінами видужання, які залишаються у команді видужуючих ВППГ, при наявності показань також підлягають первинній хірургічній обробці.

Пораних, які потребують тільки перев'язки рани, розмішують на лавках і їх перев'язує медична сестра, що вдвічі збільшує пропускну можливість перев'язочної. Медичні сестри готують також пораних до хірургічного втручання, перев'язують їх після первинної хірургічної обробки, а якщо потрібно — накладають шини.

Про надану допомогу пораненому реєстратор (під диктовку лікаря) робить запис в "Книзі обліку перев'язок і процедур" (Ф-109) та в історію хвороби.

Одночасно з хірургічною обробкою та перев'язкою пораних проводять їх внутрішньопунктне сортування. З перев'язочною легкопоранені мають бути направлені безпосередньо у стаціонар для легкопораних (КВ), або в евакуаційну для легкопораних.

Стаціонар для легкопораних (команда видужуючих - КВ) призначений для лікування і реабілітації пораних і хворих, термін відновлення боєздатності яких не перевищує 10 діб.

До КВ щоденно надходять для лікування 4-5% усіх пораних і хворих, які надходять у ВППГ. Поранені і хворі з КВ знаходяться під постійним наглядом персоналу відділення для легкопораних. Щоденний огляд пораних і хворих з КВ здійснюють хірург, терапевт, психоневролог і стоматолог - кожен свою категорію. Лікарі призначають лікування, контролюють виконання призначень, регламентують розпорядок дня (зокрема трудовий режим), ведуть історії хвороб.

Стаціонар для розміщення КВ розрахований на 50 ліжок. Після його завантаження інших легкопораних і легкохворих, навіть із термінами видужання до 10 діб, направляють у військовий польовий госпіталь для легкопораних пересувної госпітальної бази.

Легкопоранені і легкохворі із команди видужуючих отримують амбулаторне лікування і знаходяться на казарменому положенні. При необхідності вони залучаються до праці в якості санітарів, для несення караульної служби та різних господарчих робіт. Команда поділяється на менші підрозділи, кожен з яких має свого командира із числа легкопоранених. Розміщують команду в землянках, наметах типу УЗ-68, УСБ-56.

Операційно-перев'язочне (хірургічне) відділення

Перев'язочна для тяжкопоранених і поранених середнього ступеня тяжкості. Перев'язочна, як функціональний підрозділ ВППГ, має два приміщення: передперев'язочну і безпосередньо перев'язочну.

Передперев'язочна призначена для тимчасового розташування поранених у кінцівки, щелепно-лицьову ділянку та з іншими пошкодженнями середнього ступеня тяжкості і підготовки поранених до оперативних втручань. Роботу в передперев'язочній забезпечує медична сестра з хірургічного відділення і два санітари (з КВ).

У передперев'язочну поранених доставляють на ношах і розміщують на спеціальних підставках. Тут їх оглядають і визначають чергу для хірургічної допомоги. Санітари під керівництвом медичної сестри знімають верхній одяг, взуття, транспортні шини, оголюють частину тіла з пошкодженням. Пораненого після премедикації і оголення пошкодженого місця санітариносії на ношах переносять у перев'язочну на вільний стіл.

Перев'язочна призначена для визначення остаточного діагнозу, первинної хірургічної обробки (ПХО) рани, опіку, зупинки кровотечі при пошкодженні кровоносних судин, надання стоматологічної допомоги пораненим у щелепно-лицьову ділянку. У перев'язочній, як правило, працюють три хірурги, лікар-стоматолог, два анестезіолога, сім медичних сестер, чотири медичні сестри-анестезистки та два санітари, а також реєстратор і дві ланки санітарів-носіїв з КВ. Оперативні втручання виконують хірургічні бригади. До складу кожної бригади входять хірург і медична сестра. Найбільш продуктивно хірургічні бригади працюють за 16-годинним графіком. При організації роботи бригад треба виходити з умов реальних обставин. У перев'язочній розгортають 6 перев'язочних столів (по два на кожну бригаду), один з них призначений для стоматолога. Основний принцип обладнання перев'язочної полягає в тому, щоб розгорнути потрібну кількість столів і залишити вільний доступ до них з ношами.

Одна операційна сестра одночасно забезпечує роботу двох хірургічних бригад.

Стоматолог працює з медичною сестрою стоматологічного кабінету і надає кваліфіковану допомогу пораненим із щелепно-лицьовими пошкодженнями, зупиняє кровотечу, фіксує переломи щелеп, забезпечує прохідність дихальних шляхів і можливість харчування поранених.

Власне, перев'язочна для тяжкопоранених і поранених середнього ступеня тяжкості за змістом роботи, що виконується в ній, є другою операцій-

ною. Основними оперативними втручаннями є первинна хірургічна обробка ран. До 50% поранених в перев'язочній можуть потребувати анестезіологічної допомоги.

Тривалість хірургічної обробки одного пораненого складає від 40 до 60 хв. Хірургічні маніпуляції виконує лікар. Якщо виникає потреба в асистенті-лікарі, то тимчасово залучають хірурга з іншої бригади. Накладання пов'язок, іммобілізацію після хірургічної обробки виконує медична сестра.

Одночасно з проведенням лікувальних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги в перев'язочній, якщо необхідно, надають першу лікарську допомогу пораненим, які її не отримали на попередньому етапі, чи стан яких погіршився за час транспортування. Як правило, це проведення різних новокаїнових блокад, зупинка зовнішньої кровотечі, виконання трахеотомії, вливання кровозамінних розчинів гемодинамічної дії, накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі, транспортної іммобілізації.

За результатами хірургічної обробки та перев'язки лікарі здійснюють внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне сортування. Обсяг допомоги та евакуаційне призначення реєстратор заносить (під диктовку лікаря) у "Журнал обліку перев'язок і процедур", історію хвороби та первинну медичну картку.

З перев'язочної поранених спрямовують до палати для нетранспортабельних поранених для тимчасової госпіталізації після операції або на евакуацію.

Передопераційна призначена для тимчасового розміщення поранених і підготовки їх до оперативних втручань. Останнє завдання виконує медична сестра та двоє санітарів (з КВ). Лежачих поранених доставляють у передопераційну із сортувальної палати і розміщують на високих підставках без перекладання на інші носії. Перед операцією поранених роздягають, готують операційне поле, спорожнюють сечовий міхур, шлунок. Медична сестра виконує призначення анестезіолога щодо премедикації пацієнта і доповідає хірургам про готовність до операції. За результатами проведених розрахунків в операційну може надходити 2/3 поранених із сортувальної палати, а 1/3 — з ПІТ (після виведення із стану травматичного шоку). Останніх готують до операції ще в реанімаційній палаті.

Переміщення поранених з передопераційної в операційну виконують ланки санітарів-носіїв. У передопераційній можна організувати також передстерилізаційну обробку хірургічного інструментарію та обробку рук хірургів.

Операційна призначена для встановлення остаточного діагнозу, виконання оперативних втручань при проникаючих пораненнях порожнин: черепа, грудей, живота, таза, при закритих пошкодженнях внутрішніх органів; перев'язування крупних судин; проведення складних ампутацій і екзартикуляцій.

Склад персоналу, який працює в операційній, визначається структурою і кількістю поранених, що надходять до ВППГ, і встановленим обсягом медичної допомоги.

У ВППГ за умови надання кваліфікованої медичної допомоги у повному обсязі в операційній доцільно організувати роботу трьох операційних бригад. До складу кожної входять два хірурги і дві медичні сестри, одна з яких операційна.

Загалом в операційному блоці працюють шість хірургів, два анестезіолога, фельдшер, сім медичних сестер, три сестри-анестезистки, два санітари, а також дві ланки санітарів-носіїв і реєстратор з КВ.

В операційній розгортають два столи на кожен хірургічну бригаду, що в ній працює. За 16-годинним графіком з трьох бригад одночасно працюватимуть дві операційні бригади, окрім виняткових моментів при масовому надходженні поранених.

Кожна бригада працює на двох операційних столах, періодично роз'єднуючись на дві групи, що збільшує пропускну здатність операційної. Доки оперують пораненого на одному столі, на іншому поряд до операції готують наступного. Один з хірургів завершує найбільш відповідальну частину операції на одному столі та переходить до підготовленого для операції пораненого на другому столі.

Одна операційна сестра постійно знаходиться біля столу зі стерильними інструментами. Інша - розподіляє інструменти за столиками, підносить їх до операційних столів, готує медикаменти для обох бригад. Одна медична сестра збирає використані хірургічні інструменти, готує їх до стерилізації. Інша - готує поранених до операції, знімає пов'язки, розміщує поранених в потрібному положенні і після операції накладає пов'язки. Фельдшер виконує обов'язки щодо переливання крові і кровозамінних розчинів.

Більшість операцій виконуються під наркозом, який забезпечують дві сестри-анестезистки під контролем лікарів-анестезіологів.

В операційній ведуться документи медичного обліку: книга обліку хірургічних операцій (Ф-16), книга обліку переливань крові і кровозамінників (Ф-20), заносяться дані в історії хвороб.

Аналіз ймовірної структури постраждалих хірургічного профілю дозволяє стверджувати, що серед поранених, які надходять до операційної, до 3,0% можуть потребувати трепанацію черепа та інших втручань на голові, 0,5% - складних ампутацій кінцівок; 20,0% - торакотомії, 30,0-35,0% - лапаротомії, до 35,0% - торакоцентезу і дренивання плевральної порожнини і до 10,0% - діагностичної лапаротомії тощо.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії

Палата інтенсивної терапії (ШІТ) призначена для виведення поранених із стану шоку шляхом проведення комплексу протишоккових заходів, підготовки поранених до операції і тимчасової госпіталізації поранених до виведення їх із стану шоку. Роботу ПІТ забезпечують два реаніматологи,

фельдшер, три медичні сестри, три медичні сестри-анестезистки та санітар, а також ланка санітарів-носіїв з КВ.

Палата обладнується польовими ліжками з матрацами та білизною. Головні кінці ліжок спушені. Будь-якої пори року в палаті слід підтримувати рівномірну температуру 22° - 24°С.

У ПІТ проводять диференційну діагностику шоку, встановлюють ступінь його тяжкості та визначають найбільш раціональні методи протишокової терапії. Для цього виконують складні лікувально-діагностичні маніпуляції і операції (лапароцентез, торакоцентез, трахеотомію, пункцію і катетеризацію підключичної вени), що допомагає уточнити показання для оперативного втручання.

Відносно поранених, які потребують операції, вирішується питання про найбільш доцільний метод знеболювання, яке може починатися в цій палаті з наступною доставкою пораненого під наркозом в операційну.

При наявності у поранених ознак внутрішньої кровотечі протишокові заходи їм не проводять. Таким пораненим терміново виконують невідкладну операцію, яка в такому випадку є найбільш ефективним протишоковим заходом.

Здебільшого травматичний шок є протипоказанням для оперативного втручання. Для виведення поранених із шокowego стану здійснюють інтенсивну комплексну терапію (переливання крові і кровозамінних розчинів, вводять знеболюючі засоби, серцево-судинні та дихальні аналептики, осмодіуретики, гормональні препарати та ін.), яка спрямована на компенсацію крововтрати і підвищення артеріального тиску, на боротьбу з пригніченням центральної нервової системи, серцево-судинної системи тощо.

За проведення інфузійної терапії відповідає фельдшер. Лікарі та медичний персонал працюють змінами за 16-годинним графіком. Тривалість виведення одного пораненого з шоку від 6 до 12 год.

За результатом аналізу структури СВ за станом тяжкості після виведення з шоку до 82,0% поранених можуть бути направлені в операційну, біля 17,0% — потребувати допомоги у перев'язочній і до 1,0% — деякий час можуть бути нетранспортабельні і потребувати госпіталізації в терапевтично-модульній відділенні.

Палата інтенсивної терапії (ПІТ) для обпечених призначена для тимчасової госпіталізації обпечених, які знаходяться в шокowому стані, до виведення їх з нього шляхом проведення комплексу протишокових заходів.

Організує протишокову терапію для обпечених лікар-реаніматолог. Для виконання лікарських призначень з інтенсивної терапії в палаті одночасно працюють медична сестра і медична сестра-анестезистка, а також санітар. Взагалі, за протишоковою палатою для обпечених закріплені фельдшер, дві медичні сестри, три медичні сестри-анестезистки і санінструктор. Фельдшер відповідає за проведення трансфузійної терапії та веде книгу обліку переливань крові і кровозаміників.

Для вирішення питання щодо проведення оперативного втручання залучають хірургів з перев'язочної або операційної.

За даними літератури та проведенням аналізом структури СВ від звичайної зброї серед обпечених опіковий шок може зустрічатися у 25,0-30,0% випадків. Тривалість виведення з опікового шоку 48-72 год.

Лікар-реаніматолог здійснює диференційну діагностику шоку, встановлює ступінь його тяжкості та визначає найбільш доцільні методи протишокової терапії. Під час лікування він також періодично контролює стан обпеченого.

Для виведення обпеченого з шоку здійснюють комплекс заходів: знеболювання за допомогою анагетиків, введення транквілізаторів, проведення новокаїнових блокад; переливання плазми, крові, плазмозамінників, головним чином, низькомолекулярних декстринів, так званих, протишокових та інших кристалоїдних розчинів у якомога ранні терміни, інгаляція кисню, введення снотворних і наркотичних засобів, серцевих і дихальних аналептиків, вазопресорних речовин, а також антигістамінних засобів, глюкокортикоїдів та вітамінів. В основному, терапія спрямована на боротьбу із токсемією та зневодненням.

Госпітальне (терапевтичне) відділення

Палата інтенсивної терапії (ПІТ) для нетранспортабельних призначена для тимчасового догляду післяопераційних нетранспортабельних поранених, їх лікування і профілактики ускладнень, підготовки поранених до подальшої евакуації після виведення їх з нетранспортабельного стану. Сюди надходять поранені з операційної, з реанімаційної для поранених і з перев'язочної для тяжкопоранених і поранених середнього ступеня тяжкості.

У палаті працюють лікар-терапевт, п'ять медичних сестер, три з яких анестезистки, два санітари, один з них з КВ.

Лікування тимчасово нетранспортабельних поранених організується з урахуванням надання необхідних лікувальних заходів у повному обсязі. Основну увагу медичний персонал звертає на профілактику та лікування післяопераційних ускладнень: гнійної інфекції, порушень дихання, кровообігу, обмінних процесів і виділення. Досягається інтенсивне лікування адекватним застосуванням тривалої штучної вентиляції легенів, інфузійної та трансфузійної терапії, знеболюванням, антибактеріальною, гормональною та іншою традиційною терапією.

Якщо необхідно, у палаті працюють хірург або анестезіолог. Повторні перев'язки виконують у перев'язочній для тяжкопоранених і поранених середнього ступеня тяжкості.

У палаті встановлюють польові ліжка або носі на високих підставках. Температуру в палаті слід підтримувати 22°— 24° С.

Структура поранених у палаті за строками тимчасової нетранспортабельності за умов евакуації їх автомобільним транспортом приблизно наступна: до 42,0% від тих, що надходять у цю палату, є нетранспортабельними

після операцій протягом 1,5–2,5 год; до 2,0% - знаходяться в ПІТ приблизно 6 год (після трахеотомії); до 3,0% - нетранспортабельні 7-14 діб (після трепанації черепа); біля 21,0% - після торакотомії готуються до евакуації від 2 до 3 діб; до 32,0% — поранені після лапаротомії (торакотомій) інтенсивно лікуються в палаті для нетранспортабельних до 3-5 діб.

Обладнання та устаткування ПІТ повинно бути типовим, за можливістю - універсальним. Це забезпечить їх ефективне використання за будь-якої структури потоку санітарних втрат, що надходитимуть до ВППГ.

Залежно від терміну безперервної роботи ВППГ на одному місці в палаті для нетранспортабельних слід розгортати від 20 до 40 ліжок. У випадку негальної потреби звільнити госпіталь від поранених і хворих, що знаходяться на лікуванні, їх евакуація проводиться авіаційним транспортом.

Палата інтенсивної терапії (ПІТ) для хворих призначена для тимчасової госпіталізації нетранспортабельних хворих і уражених терапевтичного профілю, їх лікування і профілактики ускладнень, надання невідкладних заходів кваліфікованої терапевтичної допомоги та підготовки хворих до подальшої евакуації.

За результатами аналізу структури хворих і уражених терапевтичного профілю невідкладної інтенсивної терапії потребують понад 11,0% хворих і 17,0% контужених.

За даними розрахунків, з усіх пацієнтів, що надходять до вказаної ПІТ, приблизно 30,0% потребують інтенсивної психоневрологічної допомоги. Надання цієї допомоги для психоневролога є наступним пріоритетом у його роботі після сортування. ПІТ для хворих обслуговують три лікарі: терапевт, терапевт-токсиколог і психоневролог; три медичні сестри, санітар, а також реєстратор і ланка санітарів-носіїв з КВ.

Майже половина хворих і уражених перебувають у палаті інтенсивної терапії приблизно до 2 год. і направляються на евакуацію. Контужені з розладом дихання, кровообігу та судомами складають біля третини усіх пацієнтів палати і є нетранспортабельними 3-4 доби. До 25% хворих і уражених в палаті інтенсивної терапії мають розлади дихання, серцево-судинної діяльності, функцій нирок і потребують підготовки до евакуації протягом 2–3 діб.

ПІТ для хворих обладнують аналогічно, як і для нетранспортабельних поранених, але у всіх ліжках головні кінці підіймають.

У випадку надходження до ВППГ токсикологічно- та радіаційноуражених, з ними працює терапевт-токсиколог. Останній, після проведення сортування, організує надання невідкладних заходів кваліфікованої терапевтичної допомоги і, якщо потрібна тимчасова госпіталізація, продовжує їх лікувати в ПІТ для хворих. На всіх хворих та уражених в госпітальному відділенні ведуть історії хвороб.

Палата для агонуючих (поранених, які потребують симптоматичної терапії). У цій палаті зосереджують поранених, що отримали пошко-

дження, несумісні з життям, знаходиться у стадії агонії і які потребують лише догляду. Медична допомога обмежується застосуванням засобів, які полегшують їх страждання. Сортувальне рішення щодо госпіталізації у вказану палату приймається, якщо ймовірний летальний наслідок передбачається у перші 1-3 доби. При більш пізніх очікуваних термінах загибелі поранених, їх направляють у пересувну госпітальну базу. Оглядають поранених у цій палаті і призначають лікування терапевти з ПІТ для хворих, причому час обстеження одного пацієнта триває від 8 до 12 хв. В процесі надання медичної допомоги і догляду сортувальний висновок може уточнюватися або змінюватися.

У палаті для поранених, які потребують симптоматичної терапії, постійно працює одна медична сестра. На усіх поранених ведуться історії хвороб.

Ізолятори призначені для тимчасової ізоляції поранених і хворих з підозрою на інфекційні захворювання.

Ізолятор розгортають і обладнують на дві інфекції в двох табірних наметах або в інших окремих приміщеннях. Один ізолятор призначається для хворих з гострими шлунково-кишковими захворюваннями, другий - з повітряно-крапельною інфекцією.

Для обслуговування хворих в ізоляторі виділяється медичний персонал: медична сестра госпітального відділення та санітар з команди видужуючих (КВ). Організує роботу ізолятора, здійснює огляд і призначає медичну допомогу інфекційним хворим терапевт сортувально-евакуаційного відділення (СЕВ). Він вживає відповідних заходів щодо своєчасної евакуації вказаної категорії у військовий польовий інфекційний госпіталь пересувної госпітальної бази.

Для тимчасової ізоляції інфекційних хворих в ізоляторі ВППГ передбачено 20 ліжко-місць на добу. Тимчасова ізоляція інфекційних хворих у ВППГ може тривати до 24 годин, залежно від можливостей їх подальшої евакуації.

Анаеробна палата призначена для госпіталізації поранених з анаеробною інфекцією, їх лікування та виконання хірургічної обробки ран. Приблизно 1,0% від поранених, які надходять до ВППГ, можуть мати ускладнення анаеробною інфекцією.

Постійний догляд за пораненими в палаті здійснює медична сестра. Періодично один з хірургів наприкінці своєї робочої зміни працює з вказаною категорією поранених. Він здійснює їх огляд, визначає план лікування, проводить хірургічні обробки ран. Найбільш частими оперативними втручаннями, які виконують у цій палаті, є "лампасні" розтини та ампутації кінцівок.

Медична сестра готує поранених до операції, за призначенням лікаря переливає їм кров і кровозамінні розчини, здійснює інтенсивну дезінтоксикаційну та антибактеріальну терапію, післяопераційний догляд та забезпечує харчування пацієнтів. Поранені, яких прооперували з приводу анаероб-

ної інфекції, не підлягають подальшій евакуації до покращення їх загального стану.

Для повноцінної роботи анаеробну палату потрібно розгортати в двох приміщеннях: стаціонар на 3–5 ліжок і перев'язочну на один стіл. Обладнують їх відповідно до загальних правил.

Психоізолятор призначений для тимчасової ізоляції поранених і хворих з розладами нервово-психічної діяльності та надання їм медичної допомоги. У ньому встановлюють складні ліжка або ноші, які надійно закріплюють. У психоізоляторі працюють психоневролог, медична сестра, декілька санітарів із КВ. На оснащенні є засоби для зняття психомоторного збудження.

Відділення спеціальної обробки (ВСО) призначене для повної санітарної обробки поранених і уражених, які мають зараження РР, ОР або БЗ, для дегазації, дезактивації і дезінфекції їх одягу, взуття, спорядження, а також для спеціальної обробки транспорту та нош, на яких були доставлені поранені і уражені. ВСО розгортається силами сортувально-евакуаційного відділення у складі:

- > дезінфекційно-душової установки (ДДУ);
- У площадки санітарної обробки (роздягальня, мийна, одягальня);
- > площадки дезактивації, дезінфекції, дегазації одягу, взуття та спорядження поранених і хворих, і окремо — для транспорту.

У відділенні працюють фельдшер, санітарний інструктор-дозиметрист та декілька санітарів (із КВ). Особовий склад відділення працює в протигазах та інших захисних засобах, а при необхідності використовує захисні костюми.

Місце для ВСО вибирається з підвітряного напрямку на відстані 50-80 м від інших функціональних підрозділів ВППГ, бажано поблизу від водоймища. Найбільш важливою частиною ВСО є площадка санітарної обробки. Вона утворюється по типу санітарного пропускника і має роздягальню, мийну та одягальню. Влітку площадку можна розгорнути під навісом або на відкритому повітрі. Перед роздягальнею виділяють місця для розвантаження автомобільного транспорту, який доставив поранених і уражених, збору спорядження, взуття та верхнього одягу. В роздягальній (УСТ-56) обладнують місця для тих, хто на ношах і лавки для ходячих поранених і уражених. Тут знаходяться столи для реєстрації, усе необхідне для надання невідкладної медичної допомоги, а також мішки для збору зараженого одягу. В мийну підводять душові сітки від ДДУ, по боках ставлять лавки, а в одному кінці намету розмішують на підставках спеціальні (з отворами або сітчаті) ноші для обробки тяжкопоранених і тяжкоуражених. Підлогу в мийній покривають дерев'яними решітками, під якими обладнують пристрої для стоку та збору стічних вод. В одягальній є фонд обмундирування і чистої білизни, лавки для легкопоранених, підставки під ноші для розміщення лежачих уражених, стіл для медикаментів, чисті простирадла, рушники тощо.

На площадці дезактивації (дегазації, дезінфекції) проводять повну дезінфекцію, часткову дезактивацію і дегазацію обмундирування уражених і нош. Площадку обладнують пристроями для розвішування обмундирування, на ній вбивають кілки для взуття, зосереджують дегазаційні прилади, гідропульти, автомакси, дегазуючі і дезінфікуючі розчини, дозиметричну апаратуру та необхідне санітарно-господарче майно (відра, щітки, ганчір'я) тощо. Працюють на площадці санітарний інструктор-дезінфектор (дозиметрист) та декілька санітарів із КВ.

Дезактивація, дегазація, і дезінфекція транспорту проводиться на окремій площадці дезактивації (дегазації, дезінфекції) водіями автомобілів під контролем санітарного інструктора-дезінфектора (дозиметриста).

12.4. Особливості роботи військового польового пересувного госпіталю при масовому надходженні уражених отруйними речовинами та бактеріальними засобами

На організацію роботи ВППГ при надходженні уражених із осередків використання противником хімічної зброї будуть впливати наступні фактори:

- > більшість тих, хто надходить, будуть складати уражені терапевтичного профілю і потребуватимуть екстреної медичної допомоги - до 70%;
- > кількість уражених, яким необхідні хірургічні втручання, значно зменшиться;
- > ті, хто надходить із осередків хімічного ураження, будуть небезпечними для оточуючих, для яких можливі вторинні ураження, як при безпосередньому контакті з крапельно-рідинними ОР, так і в результаті вдихання ОР, що випаровуються;
- > заражені крапельно-рідинним ОР потребують повної санітарної обробки, а ті з них, які були піддані впливові парів ОР - в заміні одягу та взуття;
- > значна частина уражених ОР будуть нетранспортабельними і потребуватимуть госпіталізації на термін від 1 до 3 діб та надання кваліфікованої терапевтичної допомоги у повному обсязі.

Схема розгортання ВППГ при надходженні уражених із осередків використання противником хімічної зброї буде мати наступні особливості:

- > збільшення місткості сортувально-евакуаційного відділення і підсилення відділення спеціальної обробки силами і засобами з інших функціональних підрозділів;
- > збільшення місткості госпітального відділення за рахунок деяких наметів операційно-перев'язочного відділення, а також сортувально-евакуаційного відділення;
- > відповідний перерозподіл особового складу;
- > розгортання у складі госпітального відділення маніпуляційної (реанімаційної), а також розгортання психоізолятора, що зумовлюється зна-

мною питомою вагою уражених з порушенням нервово-психічної діяльності серед загальної кількості санітарних втрат від хімічної зброї.

Робота ВППГ при надходженні уражених із осередків застосування противником хімічної зброї буде мати відповідні особливості, зокрема особливий склад сортувально-евакуаційного відділення та відділення спеціальної обробки повинен працювати в індивідуальних засобах захисту органів дихання та шкіри.

На сортувальному посту із загальної кількості тих, хто надійшов, виділяють уражених, які потребують спеціальної обробки, їх направляють у ВСО, а уражених, які не потребують спеціальної обробки, - на сортувальну площадку.

Якщо кількість тих, хто надходить у ВСО перевищує його пропускну здатність, тоді всіх уражених ОР на сортувальному посту розподіляють на дві групи і направляють:

а) уражених, у яких на попередньому етапі медичної евакуації було знято одяг і засоби захисту, — в окремий сортувальний намет;

б) уражених, які знаходяться у зараженому обмундируванні, — у ВСО.

Із відділення спеціальної обробки уражених розподіляють на:

- > тих, які потребують хірургічних втручань, - в операційну;
- > тих, які потребують протишокових заходів, — у ПІТ для уражених;
- > нетранспортабельних - у госпітальне відділення;
- > тих, які підлягають евакуації, - у відповідні евакуаційні палати;
- > легкоуражених - в команду видужуючих.

При надходженні великої кількості уражених ОР, надання терапевтичної допомоги може бути забезпечене лише при активній участі всього медичного персоналу ВППГ. Підсилення ВППГ в цьому випадку здійснюється за рахунок груп підсилення медичної бригади армійського корпусу.

При організації роботи по прийому уражених із осередків бактеріального зараження основними завданнями всього особового складу ВППГ є попередження заносу інфекційних захворювань з цього етапу медичної евакуації у війська та в лікувальні заклади, попередження внутрішньопунктового зараження, а також захист особового складу ВППГ від зараження при догляді за ураженими бактеріальними засобами.

З цією метою ВППГ приймає поранених і хворих тільки з осередків бактеріального зараження і в ньому встановлюється суворий протиепідемічний режим роботи (карантин).

Поранені і хворі з частин, які не були під дією бактеріальних засобів, направляються до іншого ВППГ.

Робота ВППГ при надходженні уражених бактеріальними засобами визначається наступними факторами:

- > здатністю викликати масові захворювання людей при різних шляхах передачі та попаданні в організм дуже малих доз бактеріальних засобів;

- > наявністю скритого (інкубаційного) періоду розвитку хвороби;
- > здатністю деяких захворювань розповсюджуватись серед людей передачею від хворої до здорової людини;
- > труднощами і тривалістю індикації бактеріальних засобів у зовнішньому середовищі;
- > здатністю бактеріальних засобів проникати в негерметизовані сховища;
- > тривалістю дії бактеріальних засобів, що зумовлено здатністю певних хвороботворних мікробів і токсинів зберігатися протягом тривалого часу в зовнішньому середовищі або у заражених комах, кліщах чи гризунах, спорах на місцевості;
- > високою вірулентністю бактеріальних засобів;
- > вибірковістю дії бактеріальних засобів - уражають тільки людей, тварин або тільки рослини.

Суворий протиепідемічний режим роботи (карантин) ВППГ включає:

- > виділення при медичному сортуванні поранених і хворих з клінічними проявами інфекційних захворювань або підозрілих на це захворювання, прийом і надання їм медичної допомоги у спеціально виділеному (інфекційному) відділенні;
- > проведення повної санітарної обробки усіх, хто надходить з осередку бактеріального зараження у двох відділеннях санітарної обробки, - для осіб, які мають ознаки інфекційного захворювання, і підозрілих на це захворювання, та для поранених і хворих, які були в контакті з інфекційними хворими;
- > тимчасове припинення евакуації поранених і хворих з ВППГ, поки не буде визначений вид збудника, використаного противником;
- > розширення обсягу медичної допомоги (надання кваліфікованої допомоги у повному обсязі);
- > припинення прийому поранених і хворих з частин, які не були під впливом бактеріальних засобів;
- > проведення екстреної (загальної), а після визначення виду збудника і специфічної профілактики всім пораненим і хворим та особовому складу ВППГ, який їх обслуговує;
- > розгортання санітарного пропускника для персоналу, який працює в ізоляційному та обсерваційному відділеннях;
- > дезінфекція санітарного транспорту, нош і всіх предметів, що були використані для доставки уражених бактеріальними засобами;
- > систематичне проведення поточної дезінфекції, а після зняття суворого протиепідемічного режиму - ретельної заключної дезінфекції всього майна і повної санітарної обробки персоналу;
- > відбір матеріалів від хворих для встановлення виду збудника, що застосував противник, на місці і направлення їх до санітарно-

епідеміологічних закладів, розгорнутих у смузі дії армійського корпусу.

Відповідно змінюється схема розгортання і організація роботи ВППГ.

Перш за все повинна бути створена можливість поділу всіх, хто надходить до ВППГ, на два основних потоки. **До першого** з них включають осіб, які не мають клінічних проявів інфекційного захворювання, а **до другого** - всіх поранених і хворих з клінічними проявами такого захворювання або підозрілих на це захворювання. Поділ на вказані потоки починається на сортувальному посту. У ВППГ створюються два самостійні відділення: **ізоляційне (інфекційне) і обсерваційне.**

У складі ізоляційного відділення (для поранених і хворих з клінічними проявами інфекційного захворювання або підозрілих на це захворювання) повинні бути передбачені:

- > сортувальний і діагностичний намети для підозрілих на інфекційне захворювання;
- > відділення спеціальної обробки, яке забезпечує повну санітарну обробку тих, хто надходить, та проведення дезінфекції їх білизни і одягу;
- > госпітальні намети для хворих;
- > операційна;
- > медичний пост для роботи лікарів і середнього медичного персоналу;
- > буфетна для роздачі їжі у намети, миття і дезінфекції використаного посуду.

Все постачання інфекційного відділення (медикаменти, готова їжа, білизна тощо) повинно здійснюватись лише через передавальний пункт.

З усіх функціональних підрозділів ізоляційного відділення боксується лише діагностична палата.

Особовий склад відділення повинен працювати в необхідних засобах індивідуального захисту органів дихання і шкіри (два халати, ватно-марлеві респиратори, гумові рукавички, захисні окуляри).

В операційній встановлюється особливий режим роботи, який передбачає її дезінфекцію після кожного оперативного втручання: знищення використаного перев'язувального матеріалу після операції; збір халатів, білизни, фартухів у мішки, які змочені лізолом.

В організації роботи та оснащенні функціональних підрозділів обсерваційного відділення, призначеного для прийому і надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим, які не мають клінічних проявів інфекційного захворювання, є також ряд особливостей:

- > сортувальні палати повинні бути забезпечені препаратами для проведення екстреної профілактики і дезінфекційними засобами;
- > обсяг допомоги в операційній і перев'язочних через припинення евакуації розширюється (оперують усіх, хто потребує хірургічних втручань);

- > особовий склад функціональних підрозділів дотримується відповідних правил індивідуального захисту.

В обсерваційному відділенні за рахунок ДДА-3 із найближчого санітарно-епідеміологічного закладу розгортається відділення спеціальної обробки у складі двох санітарних пропускників: перший для поранених і хворих, а другий - для медичного складу ВППГ, який працює в ізоляційному та обсерваційному відділеннях. Причому, цей медичний персонал повинен розміщуватись окремо від особового складу підрозділів забезпечення і обслуговування.

12.5. Порядок використання військового польового пересувного госпіталю при веденні бойових дій

Згідно з існуючою системою лікувально-евакуаційного забезпечення Збройних Сил України у воєнний час ВППГ є основним лікувальним закладом в АК, який розгортає етап медичної евакуації для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим. Своєчасне надання вказаної допомоги потерпілим у перші години після поранення чи захворювання та евакуація їх у лікувальні заклади госпітальної бази за призначенням має вирішальне значення для збереження їх життя та отримання найкращих результатів у наступному лікуванні.

За організацію надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим відповідає начальник медичної служби армійського корпусу, а порядок використання ВППГ визначається планом медичного забезпечення корпусу. Військові польові пересувні госпіталі є частинами МедБр армійського корпусу. При створенні угруповання сил і засобів медичної служби при оборонній операції начальник медичної служби армійського корпусу вказує командирі МедБр основні та запасні рубежі розгортання ВППГ залежно від побудови оборони об'єднання. Остаточний вибір площадки для розгортання та її трасування виконує рекогносцирувальна група під керівництвом начальника госпіталю.

Військові польові пересувні госпіталі, що забезпечують війська першого ешелону армійського корпусу при оборонній операції, доцільно розгорнути у тилівій смузі відповідних бригад на відстані 20-25 км від переднього краю оборони. ВППГ, який забезпечує бригаду другого ешелону, зосереджується за її бойовим порядком у готовності до негайного розгортання або пересування для медичного забезпечення контрудару.

Для забезпечення безперервності і своєчасності надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим із військ, що ведуть оборонний бій, доцільно ешелонувати розгортання військових польових пересувних госпіталів МедБр армійського корпусу. За ВППГ, що забезпечують бригади першого ешелону, розпорядженням начальника медичної служби армійського корпусу на відстані 20-30 км від них розгортаються наступні ВППГ із завданням:

- > приймати поранених і хворих з медичних рот бригад у випадку переміщення ВППГ, розгорнутого попереду, його відходу чи припинення прийому потерпілих з інших причин;
- > приймати поранених і хворих з осередків масових санітарних втрат, якщо попередній ВППГ не здатний своєчасно надати допомогу усім потерпілим;
- > приймати поранених і хворих із бригади другого ешелону у випадках, коли ВППГ, який забезпечує цю бригаду, переміщується або не справляється з роботою;
- > заміна ВППГ, який вийшов з ладу.

При виборі місця розгортання ВППГ слід враховувати можливість спрямування безпосередньо до нього потоку поранених і хворих у випадку вимушеного переміщення медичних рот бригад.

У ВППГ за добу може бути надана кваліфікована медична допомога у повному обсязі до 500 поранених і хворим. При збільшенні величини санітарних втрат обсяг кваліфікованої медичної допомоги у ВППГ може скорочуватись або потік поранених і хворих спрямовуватись на інший ВППГ, який розгорнутий глибше в тилу.

Для забезпечення переміщення ВППГ у новий район проводиться ряд заходів, головними з яких є: підсилення евакуації поранених і хворих з ВППГ; переключення евакуації поранених і хворих з медичних рот бригад у ВППГ, що розгорнуті за наступним оборонним рубежем.

ВППГ переміщується, як правило, за наступний оборонний рубіж у райони раніш намічених запасних площадок. Їх переміщення у тил здійснюється за рішенням начальника медичної служби армійського корпусу. Тільки у крайніх випадках, наприклад при безпосередній загрозі знищення ВППГ, останній переміщується за розпорядженням начальника госпіталю з негайною доповіддю командирів МедБр і начальнику медичної служби армійського корпусу.

Звільнення ВППГ від поранених і хворих, які підготовлені до евакуації, також організує начальник медичної служби армійського корпусу. Евакуацію поранених і хворих з ВППГ у лікувальні заклади госпітальної бази здійснює окремий автомобільний санітарний батальйон МедБр АК. Зосередження в одних руках сил і засобів для надання певного рівня медичної допомоги та евакуації поранених і хворих підвищує можливості управління медичною службою та здійснення маневру силами і засобами медичної служби під час операції.

Таким чином, в оборонній операції для забезпечення бригади на напрямку зосередження основних зусиль противника, якщо очікуються санітарні втрати більш як 500 осіб за добу, доцільно розгортати два ВППГ. Для своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим і хворим із бригад, що ведуть оборону на другорядному та додатковому напрямках і

при очікуваній величині загальних санітарних втрат до 500 осіб за добу доцільно розгортати по одному ВППГ.

12.6. Завдання і організаційна структура медичної служби оперативного командування

У сучасних умовах на сили і засоби медичної служби оперативного командування (ОК) покладені наступні основні завдання:

- > сприяння медичній службі армійських корпусів в рішенні поставлених перед ними завдань шляхом посилення необхідними силами і засобами, а також проведенням ними маневру в їх інтересах;
 - > організація медичної евакуації за призначенням поранених і хворих із медр, ВППГ в госпіталі пересувних госпітальних баз;
 - > надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим, їх госпітальне лікування в межах встановлених термінів;
 - > підготовка до евакуації в лікувальні заклади територіальних госпітальних баз (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я України поранених і хворих, терміни лікування яких перевищують встановлені, та безперспективних для повернення у стрій;
 - > проведення заходів медичної служби по захисту особового складу військ від зброї масового ураження;
 - > захист, охорона і оборона медичних частин і закладів;
 - > організація забезпечення медичним майном військ ОК і закладів медичної служби;
- У облік, вивчення і розстановка медичних кадрів;
- > організація бойової підготовки особового складу медичної служби, військово-медичної підготовки і пропаганди гігієнічних знань та здорового способу життя;
 - > ведення медичного обліку і звітності, вивчення та узагальнення досвіду медичної служби ОК.

Медична служба ОК у своєму складі має:

- > органи управління (військово-медичне управління (ВМУ) ОК, евакуаційний пункт (ЕП) ОК, управління пересувних госпітальних баз (УГБ) ОК);
- > лікувальні заклади (госпіталі пересувних госпітальних баз, військово-польові пересувні госпіталі МедБр ОК, центральний, базові, гарнізонні військові госпіталі, філії військових госпіталів, поліклініки з денним стаціонаром, стоматологічні поліклініки, стоматологічний загін);
- > інші частини і заклади медичної служби ОК (киснево-добувний загін (КДЗ), загін заготівлі крові (ЗЗК), судово-медична лабораторія (СМЛ), військово-лікарська комісія (ВЛК), медичні склади).

На військово-медичне управління ОК покладені організація медичного забезпечення військ ОК та керівництво усіма частинами і закладами медичної служби безпосередньо або за допомогою інших органів управління. Очолює ВМУ начальник ВМУ - начальник медичної служби ОК. Окрім нього, до складу ВМУ входять головні спеціалісти ОК (хірург, терапевт), три відділи (організаційно-плановий, лікувально-евакуаційний, медичного постачання) та два відділення (фінансове і таємне).

Головні спеціалісти, як помічники начальника ВМУ, працюють у тісному контакті з начальниками відділів, приймають участь в плануванні медичного забезпечення військ ОК, розробляють вказівки за спеціальністю для медичної служби військ, керують роботою спеціалістів в армійських корпусах, госпітальних базах, евакуаційному пункті ОК, здійснюють контроль за якістю і своєчасністю надання усіх видів допомоги пораненим і хворим, їх лікування, відбором та підготовкою контингентів, які підлягають евакуації в ТерГБ.

Організаційно-плановий відділ призначений для координації діяльності усіх інших відділів та головних спеціалістів ОК, здійснення єдиного планування медичного забезпечення, збору і обробки оперативної медичної інформації, проведення необхідних розрахунків та підготовки пропозицій, організації усіх видів взаємодії. Він здійснює також оперативний облік втрат особового складу медичної служби, організує бойову підготовку медичного складу.

Головними завданнями *лікувально-евакуаційного відділу* є організація лікувально-евакуаційних заходів в військах ОК, керівництво (через УГБ) діяльністю пересувних госпітальних баз ОК, а також санітарно-транспортними засобами.

Відділ медичного постачання планує та організує забезпечення військ, частин і закладів медичної служби ОК медичним майном і киснем, здійснює контроль за експлуатацією медичної апаратури, техніки та організовує її ремонт.

ВМУ розгортається та переміщується у складі першого ешелону тилового пункту управління ОК і включається в його радіомережу. Для підвищення оперативності управління медичною службою в ході операції виділяється оперативна група (як правило, на чолі з начальником ВМУ або його заступником), яка направляється на командний пункт командувача ОК.

На евакуаційний пункт (ЕП) ОК покладені наступні основні завдання: керівництво пересувними госпітальними базами ОК через управління госпітальних баз; прийом ПГБ, частин і закладів медичної служби, що прибувають у склад ОК, та їх висунення за вказівкою начальника ВМУ в райони розгортання (зосередження); організація евакуації поранених і хворих, які підлягають лікуванню в ТерГБ; організація прийому на аеродромах поранених і хворих, які евакуюються із районів дій військ на окремих (самостійних) напрямках.

У пунктах масового розвантаження або завантаження поранених і хворих, яких доставляють або відправляють авіаційним, залізничним, водним транспортом, ЕП ОК розгортає евакуаційні приймачі, які є в його складі. Основним завданням евакуаційного приймача є забезпечення короткочасного (не більше 3–4 годин) розміщення поранених і хворих до моменту їх відправки в лікувальні заклади за призначенням, а також надання невідкладної медичної допомоги тим, хто її потребує. Він, як правило, розгортається поблизу аеродрому, залізничної станції або пристані, звідки ведеться масова евакуація.

12.7. Поняття про госпітальну базу, її завдання та склад. Коротка характеристика пересувної та територіальної госпітальних баз

Під госпітальною базою розуміють сукупність розгорнутих та резервних військових госпіталів, підрозділів і частин їх забезпечення, які об'єднані єдиним органом управління - управлінням госпітальної бази (УГБ) і призначені для надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та реабілітації.

У сучасній системі ЛЕЗ основні сили і засоби медичної служби, що безпосередньо підпорядковані начальнику ВМУ ОК зосереджені у складі пересувної госпітальної бази (ПГБ). Основними завданнями ПГБ є:

- > прийом поранених і хворих, які надходять з військово-польових госпіталів, а в окремих випадках з медичних рот бригад і осередків масових санітарних втрат, їх розподіл по лікувальним закладам бази, розміщення і реєстрація;
- > надання пораненим і хворим кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги;
- > лікування поранених і хворих з термінами одужання до 25[^]5 діб в залежності від обстановки та ешелонування госпітальної бази;
- > тимчасова госпіталізація, лікування і підготовка до евакуації в лікувальні заклади ТерГБ тих нетранспортабельних поранених і хворих, які її потребують;
- > евакуація поранених і хворих із ВППГ, медр в лікувальні заклади ПГБ;
- > проведення військово-лікарської експертизи поранених і хворих;
- > проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів в госпітальній базі;
- > забезпечення захисту, охорони і оборони особового складу, поранених і хворих та майна в госпітальній базі;
- > матеріальне забезпечення та побутове обслуговування особового складу, поранених і хворих в базі.

Пересувна госпітальна база у своєму складі має управління госпітальної бази (УГБ), 12 лікувальних закладів на 5100 штатних ліжок, окремий автомобільний санітарний батальйон (ОАСБ) та окремий батальйон матеріаль-

но-технічного забезпечення (ОБМТЗ). Організаційна структура ПГБ представлена на рис. 12.8.

На управління госпітальної бази покладена організація наступних основних заходів: підтримання високої боєготовності усіх її частин і закладів; висування і розгортання бази в районі, визначеному начальником ВМУ ОК; прийом, медичне сортування поранених і хворих, надання їм кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування і реабілітація; підготовка до евакуації тих поранених і хворих, які підлягають лікуванню в ТерГБ; військово-лікарська експертиза; матеріально-технічне забезпечення частин і закладів бази; заготівля крові та її препаратів, постачання ними госпіталів; захист, охорона і оборона бази; проведення виховної роботи з особовим складом, пораненими і хворими.

До складу УГБ входять 5 відділів (організаційно-плановий, лікувально-евакуаційний, санітарно-епідеміологічний, матеріально-технічного забезпечення, медичного постачання, виховної роботи), військово-лікарська комісія, станція переливання крові, загін спеціалізованої медичної допомоги (по одній нейрохірургічній, торакоабдомінальній, травматологічній, опіковій, токсикологічній групі), станція фельд'єгерсько-поштового зв'язку (СФПЗ), підрозділи забезпечення. Організаційно-штатна структура управління пересувної госпітальної бази приведена на рис. 12.9.

Надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги пораненим і хворим, їх лікування та реабілітація здійснюються у **військово-польових госпіталях** бази у складі: 1 військово-польовий сортувальний госпіталь (ВПСГ) (на 500 ліжок), 2 військово-польових госпіталі легкопоранених (ВПГЛП) (на 1000 ліжок), 6 військово-польових хірургічних госпіталі (ВПХГ) (на 300 ліжок кожний), 1 військово-польовий терапевтичний госпіталь (ВПТГ) (на 300 ліжок), 1 військово-польовий інфекційний госпіталь (ВПІГ) (на 300 ліжок) та 1 військово-польовий неврологічний госпіталь (ВПНГ) (на 200 ліжок). Організаційно-штатна структура військово-пересувних госпіталів ПГБ представлена на рисунках відповідно 12.10, 12.11, 12.12, 12.13, 12.14, 12.15.

Окремий автомобільний санітарний батальйон (ОАСБ) ПГБ призначений для евакуації поранених і хворих із ВППГ, медр в ПГБ, а також для перевезення лікувальних закладів бази до місць їх розгортання (зосередження). Частина ОАСБ може бути використана для перевезення поранених і хворих між ПГБ та знаходиться в резерві начальника ВМУ ОК. Батальйон здатний забезпечити евакуацію своїм санітарним транспортом 3400 поранених і хворих за один рейс (2700 чол. санітарними автобусами і 700 чол. санітарними автомобілями).

Керівництво матеріальним і технічним забезпеченням ПГБ покладено на помічника начальника бази з матеріально-технічного забезпечення, а практична реалізація - на **окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення** (ОБМТЗ).

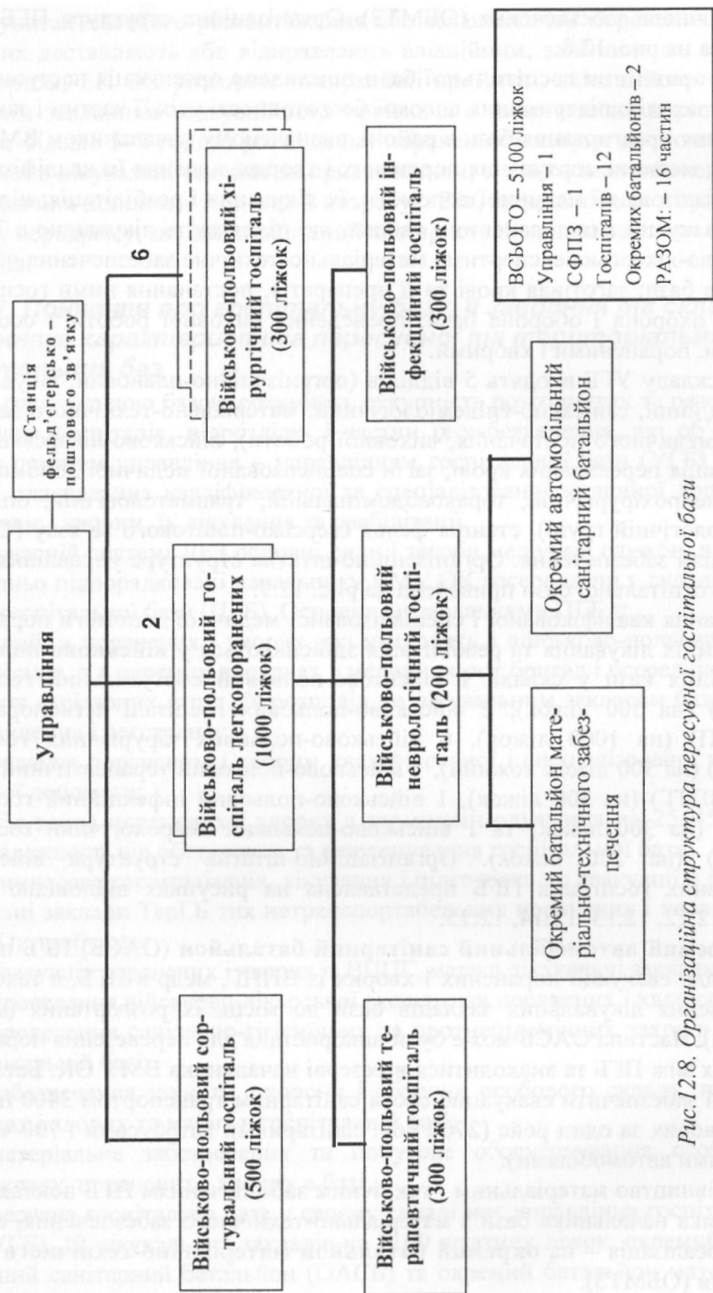


Рис. 12.8. Організаційна структура пересувної госпітальної бази

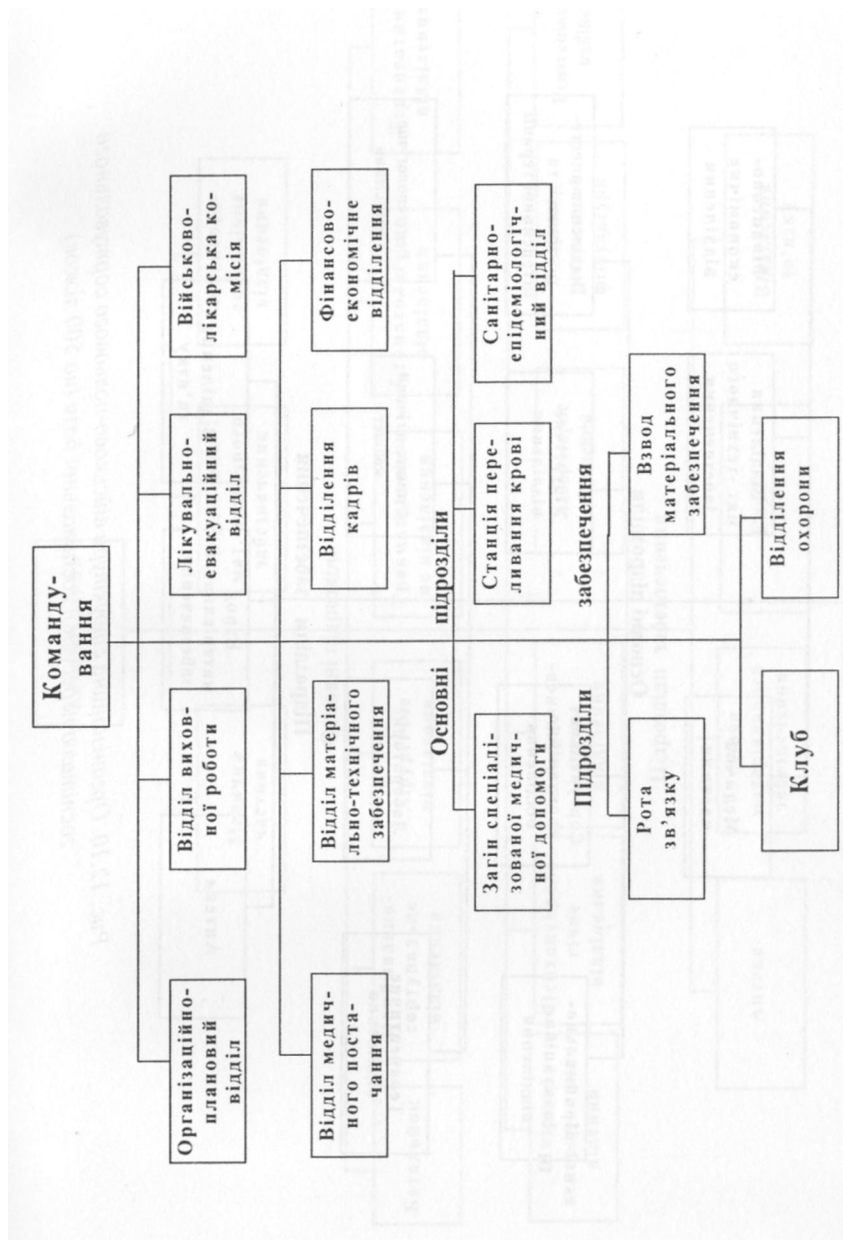


Рис. 12.9. Організаційна структура управління пересуваною госпітальною бази

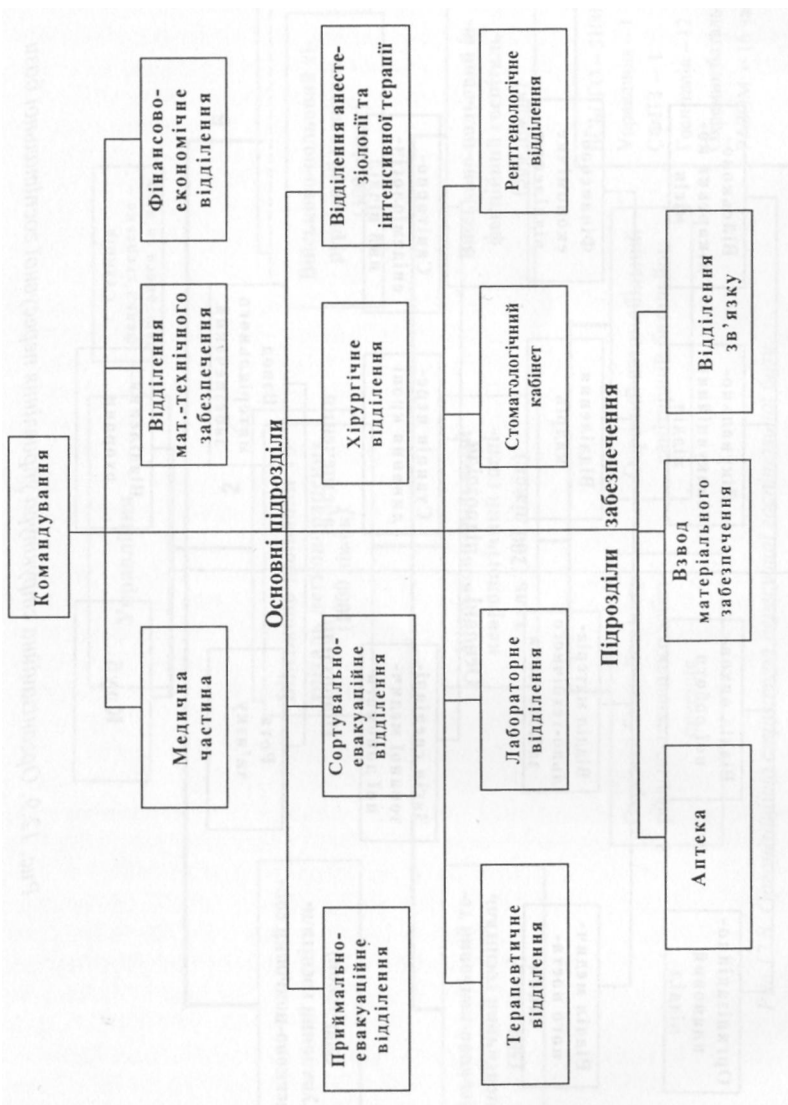


Рис. 12.10. Організаційна структура військово-польового сортувального госпітально переусовної госпітальної бази (на 500 ліжок)

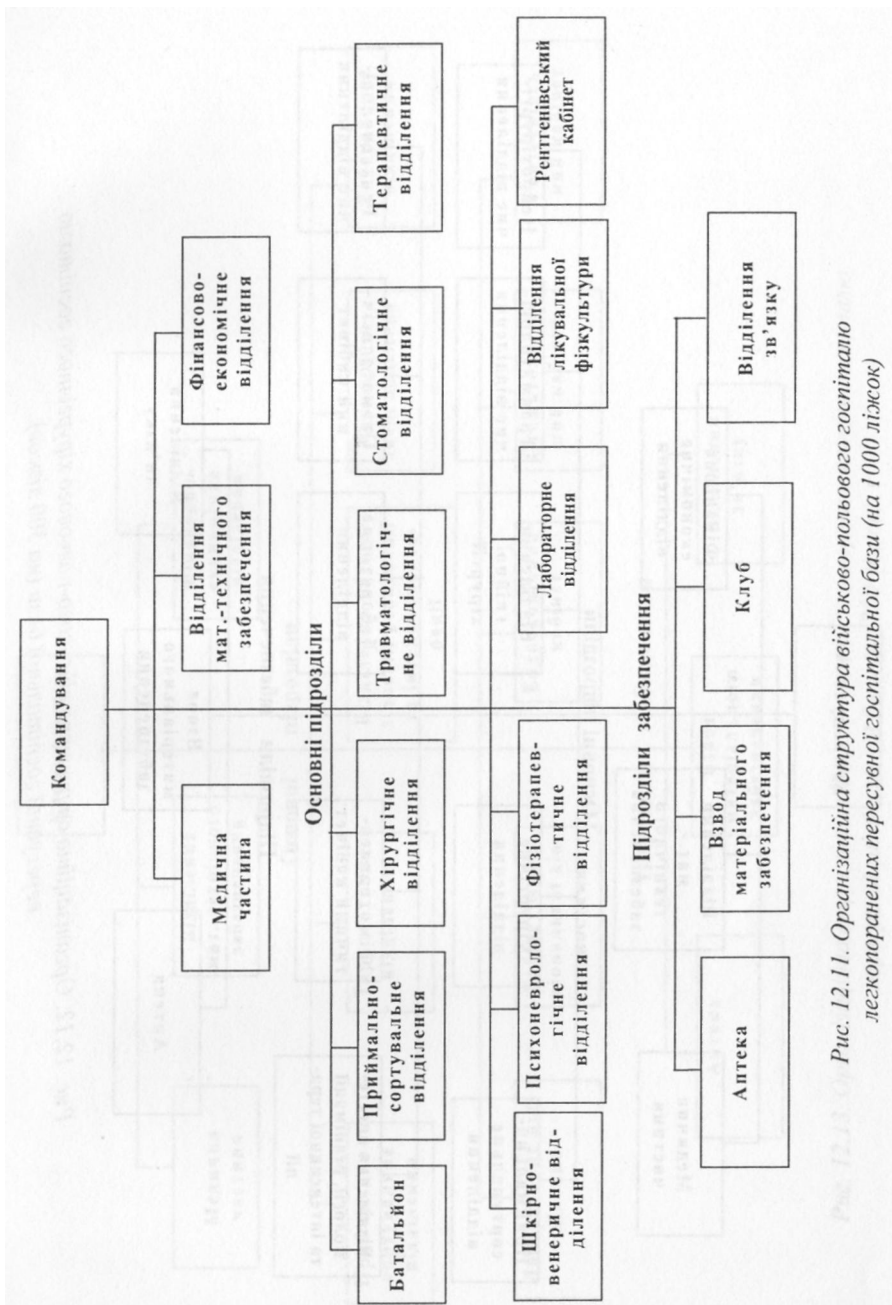


Рис. 12.11. Організаційна структура військово-польового госпіталю
легкопоранених пересувної госпітальної бази (на 1000 ліжок)

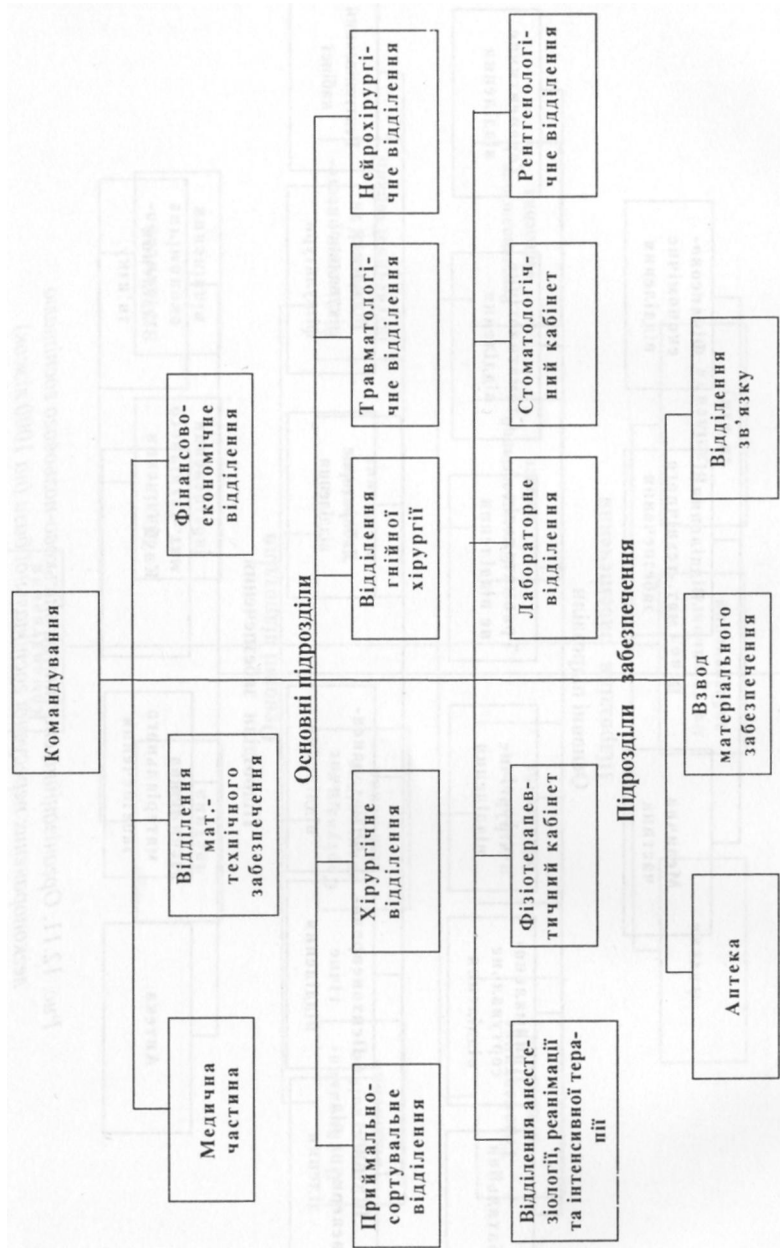


Рис. 12.12. Організаційна структура військово-польового хірургічного госпіталю пересувної госпітальної бази (на 300 ліжок)

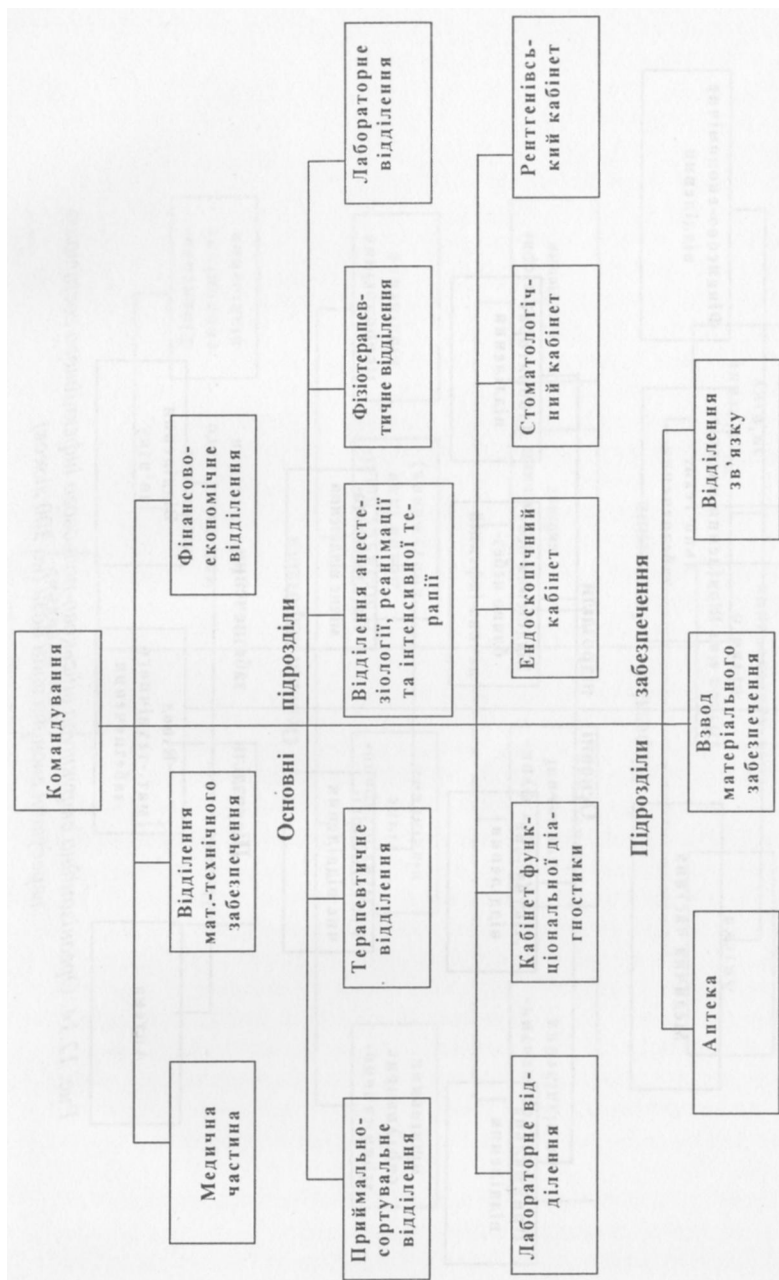


Рис. 12.13. Організаційна структура військово-польового терапевтичного госпіталю пересувної госпітальної бази (на 300 ліжок)

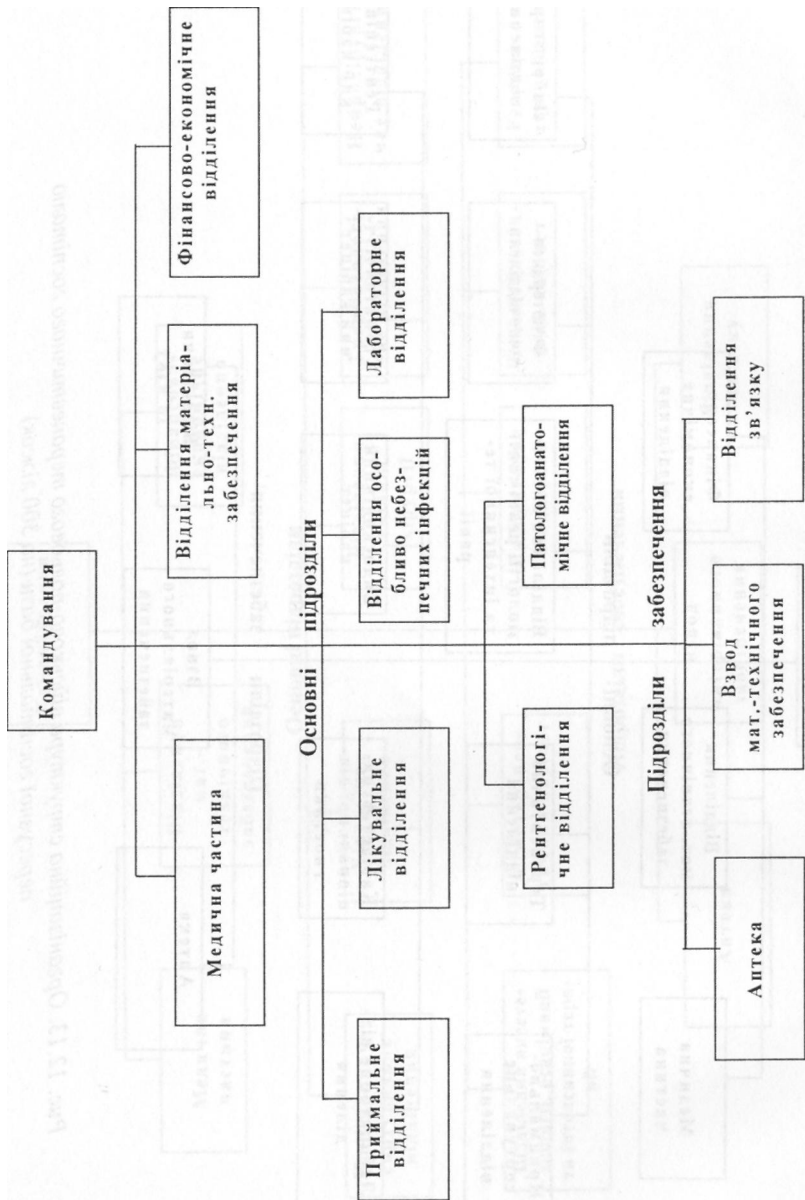


Рис. 12.14. Організаційна структура військово-польового інфекційного госпіталю пересувної госпітальної бази (на 300 ліжок)

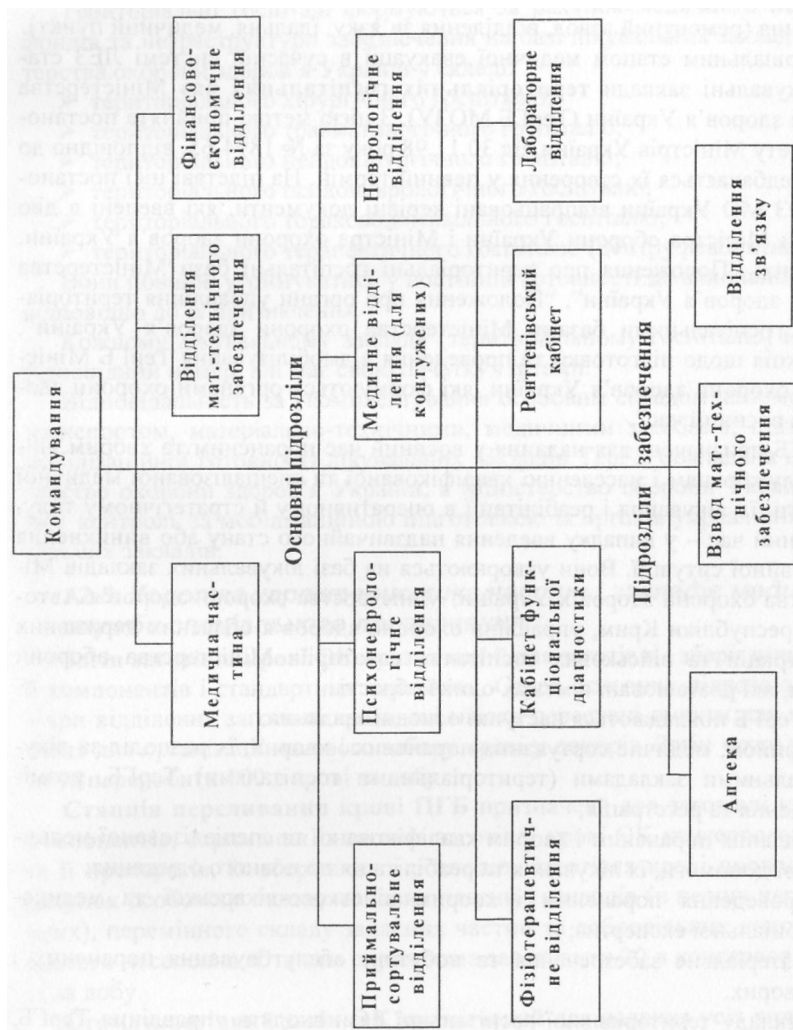


Рис. 12.15. Організаційна структура військово-польового неврологічного госпіталю пересувної госпітальної бази (на 200 ліжок)

ОБМТЗ призначений для інженерного обладнання та захисту госпіталів, їх забезпечення водою, усіма видами матеріальних засобів та господарсько-го обслуговування. Батальйон у своєму складі має: управління; основні підрозділи (інженерно-саперна рота, автомобільна рота, хлібозавод, пральний загін, медичний склад з ремонтною майстернею медичної техніки, склади - продовольчий, речовий, пального, технічного майна, КЕС); підрозділи забезпечення (ремонтний взвод, відділення зв'язку, їдальня, медичний пункт).

Завершальним етапом медичної евакуації в сучасній системі ЛЕЗ стануть лікувальні заклади територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України (ТерГБ МОЗУ). З цією метою прийнята постанова Кабінету Міністрів України від 30.1.198 року за № 1894-65, відповідно до якої передбачається їх створення у певний термін. На підставі цієї постанови в ДОЗ МО України відпрацьовані керівні документи, які введені в дію наказами Міністра оборони України і Міністра охорони здоров'я України. Серед них: "Положення про територіальні госпітальні бази Міністерства охорони здоров'я України", "Положення про органи управління територіальними госпітальними базами Міністерства охорони здоров'я України", "Інструкція щодо підготовки та проведення відмобілізування ТерГБ Міністерства охорони здоров'я України, які формуються органами охорони здоров'я на воєнний час".

ТерГБ призначені для надання у воєнний час пораненим та хворим військовослужбовцям і населенню кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування і реабілітації в оперативному й стратегічному тилу, а в мирний час - у випадку введення надзвичайного стану або виникнення надзвичайної ситуації. Вони утворюються на базі лікувальних закладів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я Автономної республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та військових госпіталів, санаторіїв Міністерства оборони України, які розташовані в межах однієї області.

На ТерГБ покладаються наступні основні завдання:

- > прийом, медичне сортування поранених і хворих, їх розподіл за лікувальними закладами (територіальними госпіталями) ТерГБ, розміщення та реєстрація;
- > надання пораненим і хворим кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, їх лікування та реабілітація до повного одужання;
- > проведення пораненим і хворим військово-лікарської та медико-соціальної експертизи;
- > матеріальне забезпечення та побутове обслуговування поранених і хворих.

До складу територіальної госпітальної бази входять управління ТерГБ, лікувальні заклади та підрозділи забезпечення.

Для керівництва територіальними госпітальними базами на особливий період створюються: у Міністерстві охорони здоров'я України - Головне

управління з керівництва ТерГБ; у Міністерстві охорони здоров'я Автономної республіки Крим, в управліннях охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, міст Києва та Севастополя - управління ТерГБ.

Кількість лікувальних закладів, які входять до складу кожної ТерГБ, буде різна і залежатиме від кількості та місткості лікувальних закладів конкретної області, її географічного розташування в межах України тощо.

Територіальні госпіталі формуються за рахунок медичного персоналу, фондів та інфраструктури забезпечення на базі лікувальних закладів Міністерства охорони здоров'я України у складі:

- > територіального хірургічного госпіталю;
- > територіального травматологічного госпіталю;
- > територіального нейрохірургічного госпіталю;
- > територіального психоневрологічного госпіталю;
- > територіального торакоабдомінального госпіталю;
- > територіального терапевтичного госпіталю (центру реабілітації);

Вони повинні утримуватись у постійній готовності до виконання завдань відповідно до їх призначення.

Кожному лікувальному закладу (територіальному госпіталю) надається відповідний номер, він має свою печатку і штамп.

Відповідальність за укомплектування особовим складом, автомобільним транспортом, матеріально-технічними, медичними засобами, підтримання мобілізаційної готовності лікувальних закладів ТерГБ покладена на Міністерство охорони здоров'я України, а Міністерство оборони України здійснює контроль за мобілізаційною підготовкою їх органів управління та лікувальних закладів.

12.8. Коротка характеристика частин і закладів медичної служби спеціального призначення

Загін заготівлі крові ОК призначений для заготівлі і зберігання крові та її компонентів і стандартних сироваток. Серед основних підрозділів загону — три відділення заготівлі крові, які мають пересувні пункти для виїзду на місце для організації масового забору крові у донорів. Загін може заготовити та переробити 100 л крові за добу.

Станція переливання крові ПГБ призначена для заготівлі крові та її компонентів, отримання із загонів заготівлі крові ОК консервованої крові та її препаратів, їх зберігання і розподіл. Заготівля крові проводиться за рахунок особового складу тилових частин і закладів (в першу чергу медичних), перемінного складу запасних частин та добровільних донорів із місцевого населення. Станція спроможна заготовити 20 л консервованої крові за добу.

Стоматологічний загін ОК призначений для надання усіх видів стоматологічної допомоги пораненим і хворим, які знаходяться на лікуванні в ПГБ, а також зубопротезної допомоги особовому складу військ. Для цього у

складі загону є стоматологічне, зубопротезне (з зуботехнічною лабораторією) і пересувні стоматологічні відділення.

Кисневодобувний загін ОК призначений забезпечувати медичну службу військ і госпітальні бази киснем. На оснащенні загону є 2-4 кисневодобувних станцій, виробничі можливості яких за добу складають від 3000 кг до 7000 кг рідкого кисню.

Судово-медична лабораторія ОК організує та проводить судово-медичну експертизу і патологоанатомічну роботу в лікувальних закладах ОК та у військах. Начальник лабораторії є головним судово-медичним експертом, а його заступник - головним патологоанатомом ОК. До складу лабораторії входять патологоанатомічний відділ і відділ судово-медичної експертизи, а також підрозділи забезпечення. Патологоанатомічний відділ має 4 патологоанатомічних відділення, три з яких - пересувні.

Відділ судово-медичної експертизи складається з 4 відділень судово-медичної експертизи (три з них пересувні), біологічного відділення та відділення криміналістики.

Контрольні питання для самоперевірки:

1. Завдання медичної служби армійського корпусу.
2. Організація медичної служби армійського корпусу.
3. Завдання медичної бригади армійського корпусу.
4. Призначення частин і закладів медичної бригади армійського корпусу.
5. Завдання, організаційна структура військового польового пересувного госпіталю.
6. Принципова схема розгортання функціональних підрозділів військового польового пересувного госпіталю.
7. Особливості роботи військового польового пересувного госпіталю при масовому надходженні уражених отруйними речовинами та бактеріальними засобами.
8. Порядок використання військового польового пересувного госпіталю при веденні бойових дій.
9. Завдання і організаційна структура медичної служби оперативного командування.
10. Госпітальні бази, їх завдання та склад.
11. Характеристика пересувної госпітальної бази.
12. Характеристика територіальної госпітальної бази.
13. Характеристика частин і закладів медичної служби спеціального призначення.

**ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
УКРАЇНСЬКОГО МИРОТВОРЧОГО КОНТИНГЕНТУ**

Відповідно до Законів України "Про Збройні Сили України", "Про порядок направлення підрозділів Збройних Сил України до інших держав", "Про участь України в міжнародних миротворчих операціях", наказу Міністра оборони України від 26.03.2002 № ПО "Про затвердження Тимчасової інструкції про підготовку миротворчих контингентів і миротворчого персоналу Збройних Сил України для участі в міжнародних миротворчих операціях" українські військові підрозділи беруть участь у миротворчих операціях Організації Об'єднаних Націй (ООН), починаючи з 15 липня 1992 року, коли до колишньої Югославії був відправлений 240-й окремий спеціальний батальйон у кількості 550 військовослужбовців. З того часу наша держава залишається активним учасником миротворчого процесу на планеті і входить до числа основних країн-контрибуторів миротворчих операцій ООН.

Після цього українські миротворці брали і беруть участь у наступних операціях ООН:

- > Миротворча операція Сил ООН з охорони на території колишньої Югославії (СООНО - UNPROFOR, 1992 - 1995 рр.) - 240-й окремий спеціальний батальйон, 60-й окремий спеціальний батальйон, 40 оперативна група штабних офіцерів, підрозділ військової поліції, 15-й окремий вертолітний загін;
- > Сили Стабілізації SFOR у Боснії і Герцеговині (з грудня 1995 р. по грудень 1999 р.) - 240-й окремий спеціальний батальйон;
- > Місія ООН у Східній Славонії ПАООНСС (з квітня 1996 р. по січень 1998 р.) - 17-та окрема вертолітна ескадрилья, 70-та окрема танкова рота, 64-та окрема спеціальна механізована рота, 8-ма окрема вертолітна ескадрилья;
- > Місія ООН в Анголі (з січня 1996 р. по лютий 1999 р.) — 901-ша окрема понтонно-мостова рота;
- > Сили Стабілізації KFOR на території Косово (з липня 2000 р.) - національні підрозділи у складі українсько-польського батальйону;
- > Місія ООН у Лівані (з липня 2000 р.) - 3-й окремий інженерний батальйон;
- > Місія ООН у Сьєрра-Леоне (з грудня 2000 р.) - 4-й окремий ремонтно-відновлювальний батальйон та 20 окремий вертолітний загін;
- > Миротворча місія у республіці Ірак (з серпня 2003 р.) - окрема механізована бригада;
- > Місія ООН у Лібєрії (з січня 2004 р.) - 56-й окремий вертолітний загін.

13.1. Загальні вимоги до медичного забезпечення частин та підрозділів, залучених до проведення міжнародних миротворчих операцій

Основними термінами та поняттями, якими користуються військові медики в процесі здійснення медичного забезпечення частин та підрозділів, залучених до проведення міжнародних миротворчих операцій, є: міжнародні миротворчі операції, миротворчий контингент, матеріально-технічні ресурси та послуги, нація-лідер, нація-господарка.

Міжнародні миротворчі операції (ММО) – міжнародні дії або заходи, які здійснюються за рішенням Ради Безпеки ООН відповідно до статуту ООН, ОБСЄ, інших регіональних організацій, які несуть відповідальність у сфері підтримки міжнародного миру і безпеки.

Миротворчий контингент (МК) – військові підрозділи, оснащені відповідним озброєнням і військовою технікою, засобами підтримки і зв'язку, що направляються країною членом ООН для участі в міжнародних миротворчих операціях.

Матеріально-технічні ресурси та послуги (МТРП) – матеріально-технічні ресурси та послуги, що надаються країною членом ООН для використання в міжнародних миротворчих операціях, у тому числі бойова і спеціальна техніка, окремі види озброєнь, засоби зв'язку, транспортні засоби з екіпажами, продовольство, медикаменти тощо.

Нація-лідер – це країна, яка бере на себе основні функції та обов'язки (або більшу їх кількість) щодо всебічного забезпечення міжнародної миротворчої операції під егідою ООН (як правило, вона перевершує інші нації, які беруть участь у: чисельності особового складу, якісно-кількісних характеристиках матеріально-технічного та ін. видів забезпечення).

Нація-господарка – це країна, на території якої здійснюються міжнародні миротворчі операції під егідою ООН. При цьому головними завданнями нації-господарки є як безпосереднє здійснення, так і допомога в організації та реалізації мінімальної кількості заходів, які необхідні для успішного функціонування міжнародного миротворчого контингенту і ефективного виконання міжнародної миротворчої операції (місії) під егідою ООН.

До специфічних особливостей організації та проведення міжнародних миротворчих операцій (польових операцій військ ООН) належать: а) політична складність та динамічна природа кожного оперативного плану; б) географічне, топографічне, кліматичне, демографічне та культурне різноманіття театрів бойових дій; в) специфічні епідеміологічні умови, що переважають у даній місцевості; г) чисельність особового складу військ окремих націй, які включені до проведення кожної ММО; д) розбіжність у національних стандартах підготовки, обладнання та проведення оперативних процедур та оперативного забезпечення; е) мовні (комунікативні) особливості.

Вищеперелічені особливості є основними умовами, які впливають на планування та здійснення медичного забезпечення ММО. Отже, плани ме-

димного забезпечення ММО повинні бути розроблені для конкретної мети кожної операції, максимально вичерпно задовольняти географічні та демографічні вимоги в країні розгортання; враховувати потреби кожної нації, яка приймає участь в проведенні операцій, підтримувати вимоги різних медичних стандартів, сприяти подоланню мовних (та комунікаційних) складностей. Поряд з цим потрібно зауважити, що плани медичного забезпечення повинні відповідати швидкому початку бойових дій та бути досить гнучкими, щоб задовольнити вимоги оперативної обстановки, що швидко змінюється.

Під медичним забезпеченням міжнародних миротворчих операцій - розуміють комплекс заходів, що проводяться у всіх видах бойової і повсякденної діяльності миротворчого контингенту з метою підтримання боєздатності військ (сил) шляхом збереження та зміцнення здоров'я особового складу, надання військовослужбовцям медичної допомоги, їх лікування і швидкого відновлення боє- та працездатності після поранень, травм і захворювань. Потрібно зазначити, що основними напрямками діяльності системи медичного забезпечення ММО є: лікувально-евакуаційне (лікувально-профілактичне) забезпечення; санітарно-епідеміологічне забезпечення та забезпечення медичним майном і технікою.

Медичне забезпечення миротворчих операцій має також специфічні особливості, що пов'язані з низкою факторів. В першу чергу - це необхідність максимального приведення національної системи організації медичного забезпечення миротворчого контингенту у відповідність до вимог стандартів ООН. Крім вищезазначеного, необхідно враховувати значну кількість ризиків, пов'язаних із негативним впливом на особовий склад чинників бойової обстановки та зовнішнього середовища (клімато-географічних, медико-соціальних тощо).

Швидке та гнучке реагування медичної служби на зміну оперативної обстановки під час проведення ММО здійснюється завдяки концепції медичного забезпечення таких операцій. Відповідно до вимог ООН головними складовими концепції медичного забезпечення ММО є своєчасне й адекватне прийняття управлінського рішення на основі глибокого та всебічного аналізу наступних положень: 1) підтримання здоров'я особового складу МК та попередження захворювань (профілактична діяльність); 2) надання медичної допомоги та евакуація поранених і хворих (медична допомога та евакуація); 3) забезпечення медичним майном і технікою; 4) медична реєстрація та звітність; 5) координація ресурсів медичної служби (людських та матеріально-технічних); 6) своєчасна та висококваліфікована підготовка медичного та немедичного персоналу. Графічно систему медичного забезпечення ММО, можна зобразити наступним чином (рис. 13.1).

Як видно з рис. 13.1 медичне забезпечення ММО базується на своєчасному, безперервному та вичерпному **управлінні, зв'язку та інформаційному забезпеченні** й здійсненні заходів **превентивної медицини**.

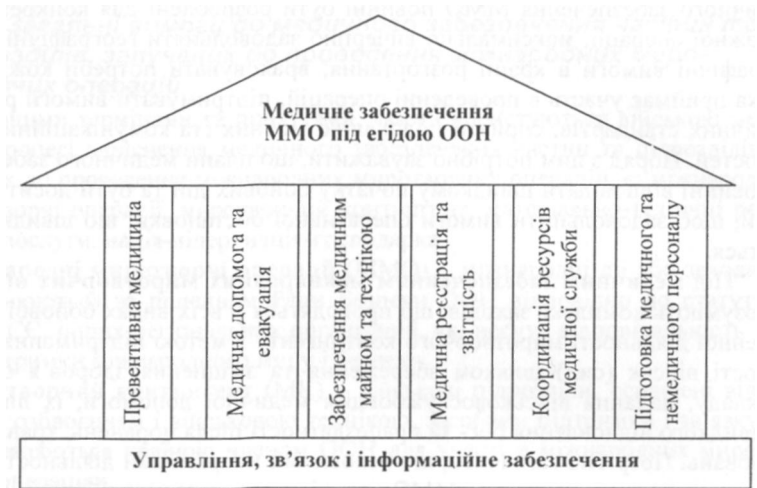


Рис. 13.1. Система медичного забезпечення міжнародних миротворчих операцій сил ООН

Управління, зв'язок та інформаційне забезпечення. Функціонування плануючого, виконавчого та контролюючого медичного персоналу розпочинається до початку операції і, головним чином, залежить від: а) достовірних даних медичної розвідки; б) точної та своєчасної системи медичної інформації між центральним та польовими штабами, між театрами бойових дій, між старшим офіцером медичної служби та підпорядкованими йому офіцерами медичної служби на полі бою; в) уважного відбору й компетентного інструктажу старших офіцерів медичної служби та підпорядкованих офіцерів медичної служби; г) чітко встановленого порядку управління та медичної звітності; д) максимально повного розуміння і своєчасного виконання стратегічних та тактичних директив та наказів; е) тісної взаємодії всіх служб ММО на кожному рівні проведення ММО (використовуючи при цьому МТРП нації-господарки та різних неурядових організацій на театрі бойових дій); є) своєчасного та всебічного аналізу оперативних медичних даних (після проведення операцій) на театрі бойових дій.

Профілактична (превентивна) медицина. Під час проведення ММО миротворчий контингент має достатньо високий рівень ризику виникнення не стільки поранень, скільки різноманітних захворювань та небойових ушкоджень. Тому при плануванні організації та проведенні ММО суттєву увагу приділяють заходам превентивної медицини, які залежать від: а) визначення ступеня ризику і загрози стану здоров'я особового складу МК, розгорнутого на конкретному театрі бойових дій, від: по-перше, місцевості і клімато-географічних умов; по-друге, від особливих природних та виро-

бних шкідливих факторів, ендемічних хвороб та психо-соціальних стресових факторів; б) встановлення необхідних превентивних та управлінських заходів і формування низки пропозицій командуванню щодо їх проведення; створення оперативного плану заходів з вакцинації і профілактики захворювань, підготовки необхідних директив та наказів для цього, проведення інструктажу медичного персоналу та роз'яснювальної роботи з особовим складом МК; в) надання порад командувачам ММО та МК щодо існуючого ступеня ризику, загрози і обмежень, які вони можуть включити до оперативного плану (включаючи прогностичні відсоткові дані захворюваності та небойових уражень МК, які можуть виникати при проведенні ММО).

Розглянувши головні елементи планування та початкового етапу проведення ММО (командування, зв'язок, управління та інформаційне забезпечення; превентивна медицина), зосередимо свою увагу на одній з найбільш важливих складових медичного забезпечення ММО, а саме: лікувально-евакуаційному (лікувально-профілактичному) забезпеченні.

Відповідно до послідовного розгляду елементів системи медичного забезпечення ММО (рис. 13.1) зупинимось на найбільш важливих „стовпах” будівлі: надання медичної допомоги та евакуація особового складу МК під час проведення міжнародних миротворчих операцій.

Враховуючи надзвичайно тісний зв'язок між поняттями "медична допомога" та "евакуація", ми будемо розглядати останні як взаємодоповнюючі.

Надання медичної допомоги. Основою медичної допомоги є досягнення балансу між медичними можливостями МК на кожному рівні ММО (відповідно медичної служби) і здатністю евакуації між ними. Лікування та евакуація тісно пов'язані між собою і не повинні плануватись окремо одне від одного. Виділяють наступні основні рівні надання медичної допомоги, які мають бути доступними для всіх багатонаціональних МК та службовців ООН і організовуватись в порядку зростання:

1) Базовий рівень (рівень військовослужбовця чи товариської взаємодопомоги). Включає невідкладну медичну допомогу, яка надається найближчою до постраждалого особою на місці ураження з використанням індивідуальних засобів медичного захисту (індивідуальний перев'язувальний пакет, кишенькова маска для проведення штучної вентиляції легень тощо). Базовий рівень - рівень національної відповідальності.

2) I рівень медичного забезпечення. Полягає у наданні першої медичної допомоги - основи життєзабезпечення (рівень національної відповідальності);

3) II рівень медичного забезпечення. Полягає у здійсненні заходів реанімаційного (в т.ч. стабілізуючих стан життєво важливих органів та функцій організму) спрямування - подальше життєзабезпечення (рівень відповідальності ООН);

4) III рівень медичного забезпечення. Полягає у проведенні життєво та зберігаючих кінцівки хірургічних втручань у поєднанні з подальшим післяопераційним доглядом та основним медичним лікуванням — (рівень відповідальності ООН);

5) IV рівень медичного забезпечення. Полягає у здійсненні заключного лікування та подальшої медичної, соціальної та ін. реабілітації (рівень національної відповідальності).

Базовий рівень (допомога на рівні військовослужбовця у вигляді само-та взаємодопомоги). Він включає надання пораненому військовослужбовцю елементарної невідкладної медичної допомоги, безпосередньо на місці поранення, особою, яка знаходиться поблизу пораненого. Доволі часто даний рівень надання медичної допомоги полягає в здійсненні елементарних заходів у вигляді непрямого масажу серця, штучної вентиляції легень методом "рот в рот" тощо. Усі миротворці ООН повинні мати чіткі навички з надання медичної допомоги на базовому рівні.

Нижче наведено основні елементи надання медичної допомоги базового рівня військовослужбовцям ММО:

- > відновлення серцевої діяльності та дихання: реанімаційні заходи шляхом штучної вентиляції легень методом "рот в рот" та застосування кишенькової маски для форсованої штучної вентиляції легенів; закритий масаж серця;
- > зупинка кровотечі: накладення давлучої пов'язки та перев'язувальних засобів для тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі, а також з метою попередження її повторення;
- > іммобілізація та знеболювання при переломах кісток з метою попередження виникнення шоку;
- ^ накладання асептичних пов'язок на рани;
- ^ транспортування та евакуація поранених: підготовка поранених до транспортування; транспортування пораненого на ношах; альтернативні методи транспортування у випадку відсутності нош;
- > зв'язок та своєчасне інформування: процедури формування донесень про інциденти поранення в районі місці та ін. (табл. 13.1).

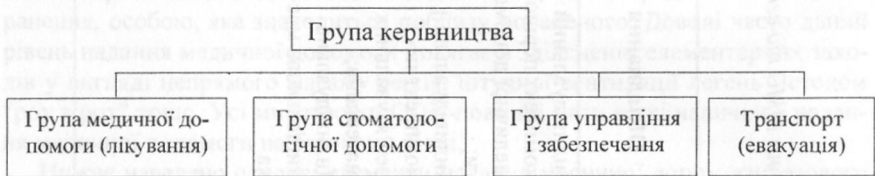
1-й рівень медичного забезпечення ММО включає в себе: проведення превентивних заходів проти захворювань, небойових ушкоджень і бойових стресів; збір постраждалих; встановлення черговості надання медичної допомоги хворим та постраждалим і проведення негайних заходів, спрямованих на врятування їх життя; лікування хворих та постраждалих із незначними і нескладними захворюваннями і ушкодженнями, включаючи незначні оперативні втручання і медичний догляд за пацієнтами, які можуть повернутись до виконання своїх службових обов'язків через 5 днів; звітність про кожного пацієнта (обліковується кожний випадок небойового ушкодження, поранення, хвороби).

Таблиця 13.1

Можливості надання медичної допомоги військовослужбовцям ММО під егідою ООН

Базовий рівень				
Заходи щодо надання медичної допомоги	Можливості щодо надання медичної допомоги	Медичний персонал	Обладнання	Примітка
<p>Надання першої медичної допомоги неметодичним персоналом на рівні окремого солдата</p> <p>Навички:</p> <ul style="list-style-type: none"> - відновлення серцевої діяльності та дихання; - зупинка кровотечі; - іммобілізація переломів; - накладання пов'язок та перев'язувальних засобів (в тому числі на опіки); - транспортування та евакуація поранених; - підтримання зв'язку та формування донесень 	2 поранених	Відсутній	<p>Індивідуальний комплект першої медичної допомоги;</p> <p>Індивідуальний комплект перев'язувальних матеріалів;</p> <p>Індивідуальна кишенькова маска</p>	Військовослужбовці повинні проходити підготовку і мати достатні практичні навички та вміння

Організація якісного лікування на I рівні медичного забезпечення МК є національним обов'язком. Національні війська повинні організувати своє власне інтегроване медичне забезпечення I рівня. Національні війська у складі батальйону повинні розгортатись принаймні з двома офіцерами медичної служби, маючи допоміжний медичний персонал, запас медичних засобів, і бути самодостатніми в транспортних засобах для поодинокі евакуації (евакуації на рівні частин підрозділу). На рис. 13.2 представлено уніфіковану організаційно-штатну структуру медичних закладів першого рівня лікування МК, при виконанні ними ММО.



Персонал:

- 2 офіцери медичної служби (лікарі загальної практики);
- 1 стоматолог;
- 1 офіцер гігієніст (спеціаліст з питань превентивної медицини);
- 10 працівників інших рангів та спрямувань (цивільні особи).

Рис. 13.2. Організаційно-штатна структура медичних закладів I рівня медичного забезпечення миротворчого контингенту

Медичні можливості і стандарти I рівня медичного забезпечення суттєво коливаються залежно від бойового завдання і національних ресурсів. Мінімально допустимим стандартом повинна бути здатність кожної особи надавати першу медичну допомогу. Термін часу, який повинен пройти з моменту поранення до надання початкової хірургічної допомоги не повинен перевищувати 6 годин.

Медичний персонал I рівня медичного забезпечення повинен бути спроможним здійснити стаціонарне лікування пацієнтів при незначних пораненнях і нескладних захворюваннях до їх евакуації. Він повинен бути навченим надавати невідкладну медичну допомогу і супроводжувати постраждалих безпосередньо до лікувальних закладів вищого рівня медичного забезпечення, якщо це необхідно. Зміст невідкладної медичної допомоги полягає у здійсненні заходів, спрямованих на забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, вентиляцію легень, внутрішньовенне введення крові та кровозамінних розчинів, здійснювати тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі. Okремо потрібно зазначити, що однією з найбільш важливих вимог до підрозділів медичної служби I та II рівня медичного забезпечення МК є їх висока мобільність (вони повинні бути такими ж мобільними, як і підрозділи, до яких вони закріплені) (табл. 13.2).

Таблиця 13.2

Можливості надання медичної допомоги військовослужбовцям ММО під егідою ООН

Рівень I

Заходи щодо надання медичної допомоги	Можливості щодо надання медичної допомоги	Медичний персонал	Обладнання	Примітки
<p>Навички:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечення доступу повітря у дихальні шляхи. 2. Вентиляція легень. 3. Зупинка кровотечі. 4. Забезпечення життєдіяльності. 5. Протишокова терапія. 6. Боротьба із зневодненням організму. 7. Іммобілізація при переломах. 8. Обробка ран. 9. Обробка опіків. 10. Профілактика інфекційних ускладнень. 11. Знеболювання. 12. Мале хірургічне втручання, наприклад: <ul style="list-style-type: none"> – дезінфекція і перев'язка ран та накладення швів – видалення травмованих нігтів – видалення мозолів 13. Лікування загальних (легких) захворювань. 14. Забезпечення стабілізації стану під час евакуації поранених. 15. Евакуація 	<ul style="list-style-type: none"> – Лікування 20 амбулаторних пацієнтів за день. – Можливість утримування 5 пацієнтів до 2 днів. – Запас медичного майна і витратних матеріалів на 60 діб 	<p>2 офіцери медичної служби (медсестер)</p> <p>(Персонал повинен мати можливість розділитись на 2 передові медичні групи, в кожній з яких по одному офіцеру медичної служби і 3 медсестри)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Обладнання і медикаменти для невідкладної реанімації. – Розчини. – Шини та перев'язувальний матеріал. – Набори хірургічних інструментів для виконання дрібних хірургічних втручань. – Польова амбулаторія. – Ноші 	<ul style="list-style-type: none"> – Усе майно сформовано в комплекти для використання двома групами. – Усе обладнання компактне: – вага, розміри та габарити комплектів повинні бути такими, щоб їх могла нести одна людина. – Усе обладнання може перевозитись вертольотом

II рівень медичного забезпечення ММО цілком залежить від конкретно завдання ММО. Національні війська ММО повинні розгортатись зі своїми інтегрованими медичними і евакуаційними підрозділами. Відповідно до кількості особового складу МК, які проводять ММО, можна розгорнути медичні заклади II рівня за двома організаційно-штатними структурами (скороченою та розгорнутою). На рис. 13.3 наведено розгорнуту організаційно-штатну структуру медичних закладів II рівня, в якій працюють 16 офіцерів медичної служби, 1 стоматолог, 1 гігієніст (спеціаліст з питань превентивної медицини), 5 загальновійськових офіцерів, 55 працівників інших рангів та спрямувань (цивільні особи).

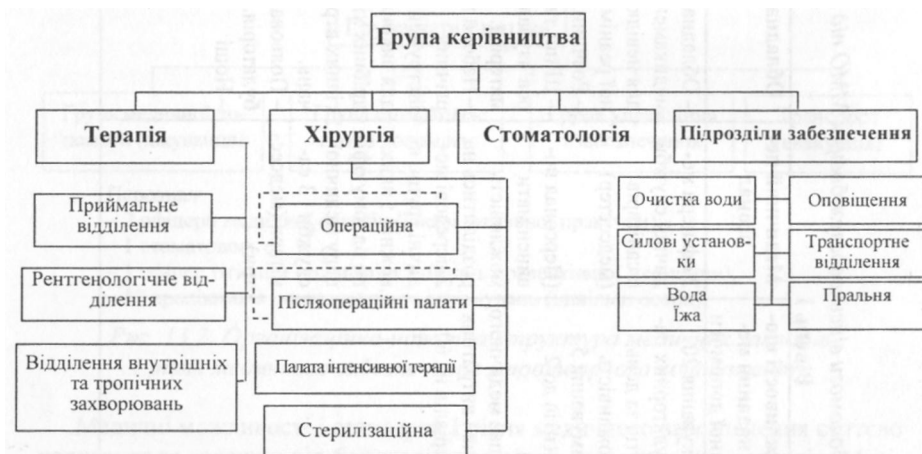


Рис. 13.3. Організаційна структура медичних закладів II-го рівня медичного забезпечення миротворчого контингенту, при виконанні ними ММО

Головними відмінностями між скороченими та розгорнутими медичними закладами другого рівня медичного забезпечення є те, що у скорочених закладах II рівня є тільки одна операційна, відсутні післяопераційні палати, значно менше (ліжковий фонд) відділення внутрішніх та тропічних захворювань, загальне забезпечення відбувається лише за рахунок місцевого управління охорони здоров'я. При цьому потрібно сказати, що у скорочених закладах 2-го рівня медичного забезпечення працює 6 офіцерів медичної служби, 1 стоматолог, 1 гігієніст (спеціаліст з питань превентивної медицини), 1 загальновійськовий офіцер, 30 працівників інших рангів та спрямувань.

Розгорнуті медичні заклади II рівня медичного забезпечення, як мінімум, повинні бути спроможними провести: подальшу евакуацію із закладів I рівня; встановлення черговості надання медичної допомоги постраждалим і хворим; реанімацію і стабілізацію стану тяжко уражених та хворих; лікування тих хворих і постраждалих, які потребують подальшої евакуації; лі-

кування хворих на низько контагіозні захворювання і ураження, які можуть швидко повернутись до виконання своїх службових обов'язків; звітність про кожного пацієнта (обліковується кожний випадок небойового ушкодження, поранення, хвороби); за умови гострої необхідності виділення додаткового посилення закладів першого рівня як персоналом, так і матеріально-технічними ресурсами; відповідну централізацію медичних ресурсів (яка включає стоматологічне забезпечення, гігієнічне забезпечення і поновлення медичних ресурсів) (табл. 13.3).

У залежності від поставлених завдань частини та підрозділи медичної служби МК II рівня медичного забезпечення повинні організувати та здійснювати: надання невідкладної стоматологічної допомоги; заходи з підтримки належного санітарно-гігієнічного стану території розташування МК; заходи з превентивної медицини, включаючи профілактику бойових стресових реакцій; поповнення запасів медичного майна, медичних підрозділів першого рівня.

III рівень медичного забезпечення ММО зазвичай здійснюється на рівні командування ООН і залежить від бойового завдання. Медичні заклади III рівня звичайно розгортаються для підтримки бойових дій ООН, до проведення яких залучено значну кількість МК і коли ресурси нації-господарки неадекватні або невідповідні для виконання поставленого медичного завдання.

Фактором, який визначає місце розташування закладів даного рівня медичного забезпечення ММО є фактор часу, який вимагає надання відповідної медичної допомоги (наприклад, певного виду оперативного втручання) якомога швидше, але не більше 6 годин з моменту ушкодження (поранення чи захворювання). Відповідальність за організацію медичного забезпечення ММО III рівня лежить на органах управління медичним персоналом ООН, які за згаданих вище обмежень можуть використовувати госпіталі нації-господарки, чи засоби нації-лідера (включаючи плавучі госпіталі).

Третій рівень медичного забезпечення МК представлений силами та засобами, які дозволяють здійснювати кваліфіковані реанімаційні та хірургічні заходи із подальшим післяопераційним лікуванням. Ці медичні заклади можуть надавати елементи спеціалізованого хірургічного, лабораторного, рентгенологічного та раннього фізіотерапевтичного лікування.

В медичних закладах III рівня медичного забезпечення є можливість здійснювати харчування з урахуванням культурних (релігійних) звичаїв пацієнтів з числа МК.

Відповідно до кількості особового складу МК та особливостей поставлених перед ними завдань ММО, розгортають медичні заклади III рівня медичного забезпечення за двома організаційно-штатними структурами (скороченою та розгорнутою).

У розгорнутих структурах працюють: 30 офіцерів медичної служби, 1 стоматолог, 1 гігієніст (спеціаліст з питань превентивної медицини), 3 фармацевти, 18 загальновійськових офіцерів, 140 працівників інших рангів та спрямувань (цивільні особи).

Таблиця 13.3

Можливості надання медичної допомоги військовослужбовцям ММО під егідою ООН

Рівень II		Можливості надання медичної допомоги		
Заходи щодо надання медичної допомоги	Можливості щодо надання медичної допомоги	Медичний персонал	Обладнання	Примітка
1. Сортування хворих (поранених), реанімація і стабілізація. 2. Хірургічні операції з метою збереження життя та кінцівок, наприклад, лапаротомія, плевростомія, апендектомія, експлоративні операції, - хірургічна обробка ран при переломах. 3. Анестезія (загальна і місцева). 4. Підтримка життєдіяльності і інтенсивна терапія. 5. Лікування і нагляд при загальних захворюваннях та інфекційних хворобах. 6. Основне фармацевтичне забезпечення. 7. Основне стоматологічне обслуговування: - знеболювання, - просте видалення зубів; - просте пломбування зубів; - профілактика інфекцій. 8. Основна лабораторія (аналіз крові, сечі та калу). 9. Базисна рентгенографія. 10. Санітарний контроль і профілактика захворювань. 11. Евакуація поранених до медичних підрозділів 3-го і 4-го рівнів. 12. Потенціал для поповнення запасів медичних підрозділів 1-го рівня	- 3-4 хірургічні операції на день; - разова госпіталізація 10-20 хворих або поранених - госпіталізація кожного пацієнта на період до 7 днів; - до 40 консультацій на день для амбулаторних хворих; - 5-10 стоматологічних консультацій на день; - 10 рентгенограм і 20 лабораторних тестів на день; - запас медичних витратних матеріалів на 60 днів	2 хірурги загальної практики 1 анестезіолог 2 терапевти загального профілю 1 стоматолог 1 офіцер-гігієніст 1 фармацевт 1 старша медсестра 2 медсестри відділення інтенсивної терапії 1 операційна медсестра 10 санітарок/санітарів 1 рентген-лаборант	- стандартні приналежності для операційної; - стандартне обладнання для ВІТ; - основне лабораторне і рентгенологічне обладнання; - стоматологічне крісло і обладнання - лабораторний технік 1 помічник стоматолога 2 водії санітарних автомобілів 1 електрик 1 механік 4 співробітників інших спеціальностей (допоміжне обслуговування)	- Медичний підрозділ 2-го рівня повинен мати можливість для розподілення на 2 передові медичні групи, які здатні безпосередньо надавати пораненим першу медичну допомогу. - Кожна з цих груп включає 1 лікаря і 2 сестер (санітарів). - Необхідно забезпечити наявність достатньої кількості одиниць комплексного обладнання і пакетів першої допомоги для виконання цих функцій

Заклади III рівня медичного забезпечення ММО вирішують наступні головні завдання: евакуація з підрозділів та закладів I та II рівнів медичного забезпечення; встановлення черговості надання медичної допомоги хворим і постраждалим, реанімація, стабілізація стану та підготовка тяжкоураних та хворих для подальшої евакуації; лікування постраждалих, що не можуть перенести подальшої евакуації без стабілізації стану, або тих, для кого подальша евакуація була б проблематичною чи небажаною (для затриманих, біженців чи інших цивільних осіб); діагностика та лікування пацієнтів, що страждають від тяжких хвороб, і хвороб, що загрожують їхньому життю; діагностика і остаточне лікування хворих і поранених в межах термінів, визначених вищим медичним керівництвом; звітність про кожного пацієнта (обліковується кожний випадок небойового ушкодження, поранення, хвороби); виділення додаткового посилення підрозділів та закладів першого і другого (якщо воно не організовано) рівнів медичного забезпечення як персоналом, так і матеріально-технічними ресурсами; забезпечення заходів превентивної медицини (табл. 13.4).

Незалежно від наявних ресурсів, заклади III рівня медичного забезпечення повинні бути здатними до: евакуації з підрозділів та закладів I і II рівнів медичного забезпечення; встановлення черговості надання медичної допомоги, проведення реанімації і стабілізації стану тяжкопораних і хворих пацієнтів і підготовка до подальшої евакуації; надання невідкладної хірургічної допомоги тим, хто не може перенести подальшої евакуації, або тим, для кого подальша евакуація не бажана без відповідної підготовки; діагностики, лікування і утримання тих пораних і хворих, які можуть повернутися до виконання службових обов'язків протягом часу, встановленого вищим медичним керівництвом; невідкладного стоматологічного обслуговування (при недоступності на другому рівні); контролю щодо забезпечення заходів з превентивної медицини, підтримання гігієни, включаючи профілактику стресових реакцій у підрозділах та закладах I і II рівнів медичного забезпечення.

IV рівень медичного забезпечення ММО в контексті функціонування ООН полягає в організації та здійсненні остаточного лікування пораних і хворих. Остаточне лікування пораних полягає в організації та наданні спеціалізованої хірургічної, терапевтичної та ін. видів медичної допомоги, реабілітації до повного видужання. Зазвичай воно надається на національному рівні, в рідній для МК країні.

Евакуація. Організація та проведення медичних заходів на полі бою під час проведення ММО визначається евакуаційною здатністю та евакуаційною політикою. Потрібно зауважити, що під час евакуаційних заходів надання медичної допомоги не припиняється, лікувальні процедури повинні продовжуватись по мірі можливостей. Відповідно до концепції надання медичної допомоги та евакуаційної політики в ООН виділяють наступні рівні лікування та евакуації (рис. 13.4).

Таблиця 13.4

Можливості надання медичної допомоги військовослужбовцям ММО під егідою ООН

Рівень III

Заходи щодо надання медичної допомоги	Можливості щодо надання медичної допомоги	Медичний персонал	Обладнання	Інфраструктура	Примітка
<p>Ті ж самі, що й на рівні II</p> <p>Крім цього:</p> <p>1. Повністю оснащені багатопрофільні хірургічні відділення з призначеннями для післяопераційного догляду.</p> <p>2. Повністю оснащені лабораторії.</p> <p>3. Розширене радіологічне відділення, яке має обладнання для ультразвукової діагностики.</p> <p>4. Повністю оснащене фармацевтичне відділення, яке здатне поповнювати запаси медичних підрозділів I і II рівнів.</p> <p>5. Стоматологічне відділення широкого профілю, де можна проводити термінові стоматологічні операції</p>	<p>- до 10 хірургічних операцій на день;</p> <p>- разова госпіталізація 50 пацієнтів;</p> <p>- госпіталізація кожного пацієнта на період до 30 днів;</p> <p>- 50—60 консультацій на день для амбулаторних хворих;</p> <p>- 10 стоматологічних консультацій на день;</p> <p>- 20 рентгенівських знімків і 40 лабораторних тестів на день;</p> <p>- запас медичного майна і витратних матеріалів на 60 днів</p>	<p>4 загальні хірурги</p> <p>1 хірург-ортопед</p> <p>1 акушер-гінеколог</p> <p>1 дерматолог</p> <p>2 анестезіологи</p> <p>2 терапевти</p> <p>4 терапевти загального профілю</p> <p>1 стоматолог-хірург</p> <p>1 стоматолог</p> <p>1 психіатр (психолог)</p> <p>1 офіцер-гігієніст</p> <p>1 фармацевт</p> <p>1 старша медсестра</p> <p>4 медсестри відділення інтенсивної терапії</p> <p>4 операційні медсестри</p> <p>40 медсестер (санітарів)</p> <p>1 помічник фармацевта</p> <p>2 рентген-лаборанти</p> <p>2 лабораторних техніки</p> <p>4 водії санітарних автомобілів</p> <p>1 електрик</p> <p>1 механік</p> <p>8 співробітників інших спеціальностей</p>	<p>- стандартні приналежності і обладнання для операційної;</p> <p>- стандартне обладнання для ВПГ;</p> <p>- основне лабораторне і рентгенологічне обладнання;</p> <p>- 2 стоматологічних крісла і обладнання</p>	<p>1. Госпіталь:</p> <p>- Регістратура;</p> <p>- 3—4 кімнати для консультацій амбулаторних хворих;</p> <p>- 1 аптека;</p> <p>- 1 рентгенологічний кабінет;</p> <p>- 1 лабораторія;</p> <p>- 1 стоматологічний кабінет (2 крісла);</p> <p>- 1 кімната для стоматологічної рентгенографії;</p> <p>- 1 кімната для надання невідкладної медичної допомоги та післяопераційного догляду);</p> <p>- 2 операційні;</p> <p>- 1 дезінфекційна камера;</p> <p>- 2 палати на 25 ліжок;</p> <p>- відділення інтенсивної терапії на 1—4 ліжка;</p> <p>2. Допоміжне обслуговування:</p> <p>- кухня, пральня, інші приміщення</p>	<p>- Медичний підрозділ III рівня повинен мати можливість для створення малочисельних передових медичних груп (1 лікар і 2 медсестри, (санітарі), які мають повнотитульне обладнання для надання невідкладної медичної допомоги</p>



Рис. 13.4. Концептуальні положення організації евакуаційної політики в системі медичного забезпечення міжнародних миротворчих операцій сил ООН

На початок ММО евакуація повинна бути налагоджена оперативним та плануючим медичним персоналом, який обслуговує визначений МК.

Евакуація повинна враховувати максимальний проміжок часу, протягом якого пацієнт (поранений, хворий) може утримуватись на певному рівні лікування. Це в свою чергу визначає лікувальну здатність, якою має володіти відповідний рівень медичного забезпечення та необхідну евакуаційну спроможність.

Евакуаційні заходи визначаються також придатністю пацієнта (за станом здоров'я) до евакуації. Незважаючи на чіткий порядок евакуації, клінічний стан пацієнта має бути ключовим (визначальним) критерієм при визначенні часу і засобів евакуації між рівнями надання медичної допомоги. Поряд з

тим евакуація повинна надати можливість пацієнту, що пройшов курс реанімаційних заходів, бути прооперованим якомога швидше і не пізніше **шести годин** після поранення. Засоби евакуації (наземний, повітряний транспорт) повинні мати необхідне медичне обладнання для надання медичної допомоги постраждалим під час евакуації.

Ефективний та надійний план медичної евакуації повинен: збалансовано розподіляти медичні ресурси і обмежувати потреби у надмірно складних заходах на кожному рівні надання медичної допомоги (в т.ч. на полі бою); забезпечувати адекватний рівень надання медичної допомоги для кожного пораненого (хворого); передбачати цілодобову евакуацію санітарних втрат за будь-яких погодних умов і на будь-якій місцевості; якомога швидше забезпечити евакуацію з моменту поранення (захворювання) для надання медичної (хірургічної) допомоги (звичайно **протягом 6 годин**); передбачати підтримання стану здоров'я поранених під час транспортування; у медичних закладах II та III рівнів передбачати команди медичної евакуації (наземним та повітряним транспортом), які повинні бути в цілодобовій бойовій готовності; передбачати систему контролю, управління, зв'язку і інформаційного забезпечення, яка могла б регулювати потік пацієнтів.

Легкопоранені (легкохворі) після належного лікування повинні повернутись до виконання своїх професійних обов'язків, тяжкопоранені (тяжкохворі) якомога швидше повинні евакуюватись для відповідного лікування.

Медична репатріація — це медична евакуація, що звичайно здійснюється до рідної країни пацієнта. Вона охоплює медичну евакуацію пацієнтів, які не можуть повернутись до виконання своїх службових обов'язків, в медичні заклади (цивільні та військові) на території батьківщини пацієнта. Медична репатріація на основі медичних показань застосовується до всіх поранених та хворих, терміни лікування яких перевищують 30 діб. Вагітні жінки повинні бути репатрійовані не пізніше закінчення 5 місяця вагітності. Надання подальшої медичної допомоги репатрійованим особам стає національним обов'язком.

13.2. Особливості здійснення медичного забезпечення частин та підрозділів українського миротворчого контингенту

Значна частина підрозділів українського миротворчого контингенту (УМК) перебуває у країнах з тропічним кліматом, де несприятливими чинниками для здоров'я військовослужбовців є висока температура повітря, значні коливання рівня вологості (від надмірної до мінімальної), підвишена сонячна радіація.

Висока температура і підвищена вологість повітря тропіків впливають у першу чергу на водно-сольовий обмін у людини. У тропіках, особливо в ясну безвітряну погоду, можуть виникати умови, за яких кількість тепла, що виробляється в організмі людини, може перевищувати кількість тепла, яке віддається тілом у зовнішнє середовище. Температура тіла підвищується і настає перегрівання організму.

Серед населення країн перебування УМК (Ірак, Ліван, Сьєрра-Леоне, Лівія) широкого розповсюдження набув практично увесь спектр інфекційної і неінфекційної тропічної патології. На першому місці стоять інфекційні хвороби, особливо тропічна малярія, шлунково-кишкові захворювання (у тому числі холера), туберкульоз, СНІД. Відмічено також високий рівень захворювань на серцево-судинні хвороби, гемоглобінози, злякисні новоутворення, хвороби обміну речовин.

Висока інтенсивність поширення хвороб пов'язана, з одного боку - наявністю природних передумов, що сприяє широкому та інтенсивному розповсюдженню збудників хвороб, надзвичайної активності їх переносників, ідеальних умов для їх проживання та розмноження навіть на абіотичних об'єктах середовища, а з іншого - низьким соціально - економічним рівнем цих країн, що сприяє реалізації природних передумов. У таких умовах велика кількість інфекційних хвороб серед місцевого населення набуває статусу дитячих, що відбувається при інфекціях зі стійким імунітетом (геморагічні гарячки, поліомієліт тощо) та при інших хворобах, коли виникає цілий ряд реінфекцій і суперінфекцій, дорослі стають носіями, а діти хворіють гострими захворюваннями (малярія, різноманітні гельмінтози).

Широкого розповсюдження набули серед населення інфекції з фекально-оральним механізмом передачі збудника при провідній ролі водного шляху передачі: дизентерія, холера, черевний тиф та паратифи, вірусний гепатит А, поліомієліт тощо. Деякі країни входять до так званого менінгітного поясу. Слід зауважити, що клінічний перебіг інфекційних захворювань в них значно тяжчий, ніж в інших кліматичних поясах, що пояснюється наявністю білково-енергетичної та вітамінної нестачі у населення, хронічними інвазіями, мікстовими зараженнями та іншими проявами поліпаразитизму.

Майже у всіх країнах, куди направляються миротворчі контингенти, через агресивне розмежування населення за етнічними, релігійними, ідейними ознаками суттєво порушене функціонування інфраструктури цивільної охорони здоров'я. В населених пунктах відсутня швидка медична допомога та допомога на дому. Не функціонує система забезпечення населення медикаментами та медичного постачання лікувальних закладів. У таких умовах місцеве населення звертається за медичною допомогою, в основному, у військово-медичні заклади країн-контрибуторів.

Тому перед медичними підрозділами УМК постає завдання з надання медичної допомоги місцевому населенню, співробітникам місії ООН, інших міжнародних місій, що вимагає наявності не тільки сучасного обладнання та оснащення, а й висококваліфікованих фахівців.

У зв'язку з вищенаведеними специфічними особливостями медичного забезпечення УМК та завданнями медичної служби цих формувань організаційна структура медичних підрозділів має свої особливості. Як зазначено вище, УМК представлено формуваннями у кількості від 100 до 1500 військовослужбовців (від окремої роти, загону до окремої механізованої бригади).

ди). Зважаючи на це, медичний персонал також представлено у кількості від кількох фахівців до посиленої медичної роти, що забезпечує надання відповідного рівня медичного забезпечення (за вимогами ООН).

Враховуючи тематичний напрямок підручника та обмежений його обсяг, характеризувати медичну службу невеликих підрозділів (окремих рот, ескадрилій, загонів) немає змоги, тільки коротко зупинимось на особливостях структури медичної служби окремих миротворчих підрозділів (частин) чисельністю від 500 військовослужбовців.

На відміну від організаційної структури медичного пункту механізованого (танкового) батальйону (наведеної у главі 8), медичний пункт механізованого батальйону окремої механізованої бригади УМК, що дислокується в одному районі з управлінням бригади, представлений: начальником медичної служби - начальником медичного пункту (лікарем-хірургом), двома ординаторами (лікарем-хірургом та лікарем-терапевтом), середнім та молодшим медичним персоналом (рис. 13.5) і має можливості надання I рівня медичного забезпечення за стандартами ООН (першої лікарської допомоги).

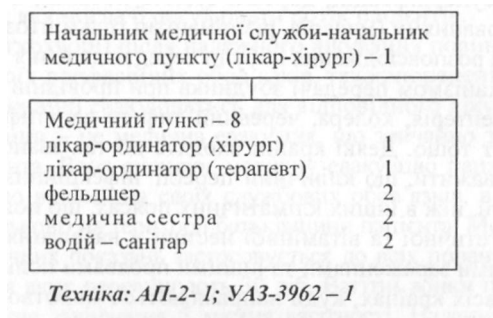


Рис. 13.5. Організаційно-штатна структура медичного пункту механізованого батальйону УМК

Медичний пункт окремого механізованого батальйону, що дислокується поза районом розміщення управління бригади, з метою надання II рівня медичного забезпечення (кваліфікованої медичної допомоги) за стандартами ООН, має у своєму складі: хірургів, анестезіолога, терапевтів, дерматолога, інфекціоніста, медичних сестер, операційних сестер, медичних сестер-анестезисток та молодший медичний персонал (рис. 13.6).

Організаційна структура медичної роти окремої механізованої бригади (омбр), яка дислокується в Іраку, має в своєму складі лікарів всіх основних спеціальностей та відповідний середній та молодший медичний персонал і забезпечує надання II рівня медичного забезпечення за стандартами ООН (рис. 13.7). Схема розгортання та загальний вигляд функціональних підрозділів медичної роти омбр в Іраку представлено на рисунках 13.8 та 13.9.

КОМАНДУВАННЯ І	
Начальник медичної служби – начальник медичного пункту (хірург)	1

МЕДИЧНИЙ ПУНКТ

Операційно-перев'язувальне відділення (6)	
Начальник відділення – хірург	1
Фельдшер	1
Операційна сестра	2
Волей-санітар	2
АП – 2	1
УАЗ – 3962	1

Відділення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії (4)	
Начальник відділення – анестезіолог	1
Медична сестра – анестезист	2
Волей-санітар	1
АП-2	1

Госпітальне відділення (10)	
Начальник відділення – терапевт	1
Старший ординатор – дерматолог	1
Старший ординатор – інфекціоніст	1
Ординатор-терапевт	1
Лаборант	1
Медична сестра	4
Санітар	1

Військовослужбовців	Кількість
ВСЬОГО	24
– офіцерів	8
– прапорщиків	2
– сержантів	10
– рядових	4
Автомобілів	3

Стоматологічний кабінет (2)	
Начальник кабінету – стоматолог	1
Медична сестра	1

Аптека (1)	
Фельдшер – начальник аптеки	1

Медичний склад	
Хірург	2
Анестезіолог	1
Терапевт	2
Дерматолог	1
Інфекціоніст	1
Стоматолог	1
Фельдшер	2
Операційна сестра	2
Медична сестра-анестезист	2
Медична сестра	5
Лаборант	1
Санітар	1
Волей-санітар	3
ВСЬОГО	24

Рис. 13.6. Організаційно-штатна структура медичного пункту окремого механізованого батальйону

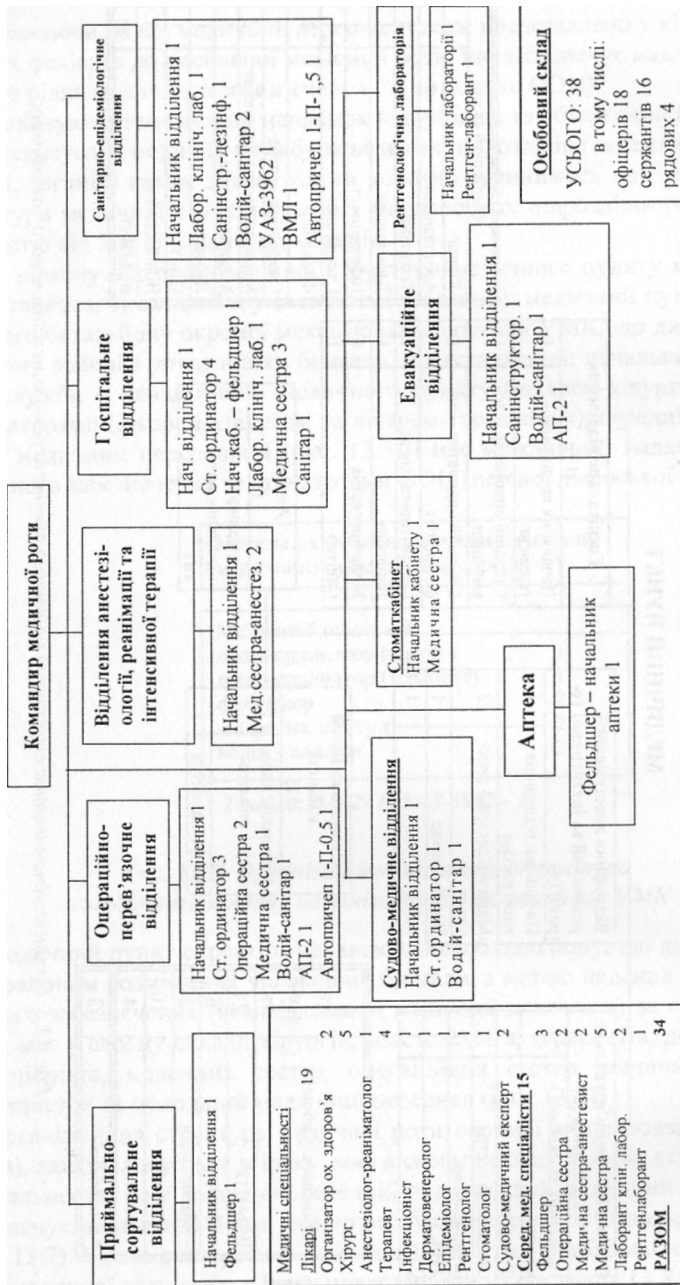


Рис. 13.7. Організаційно-штатна структура медичної роти окремої механізованої бригади (Трак)

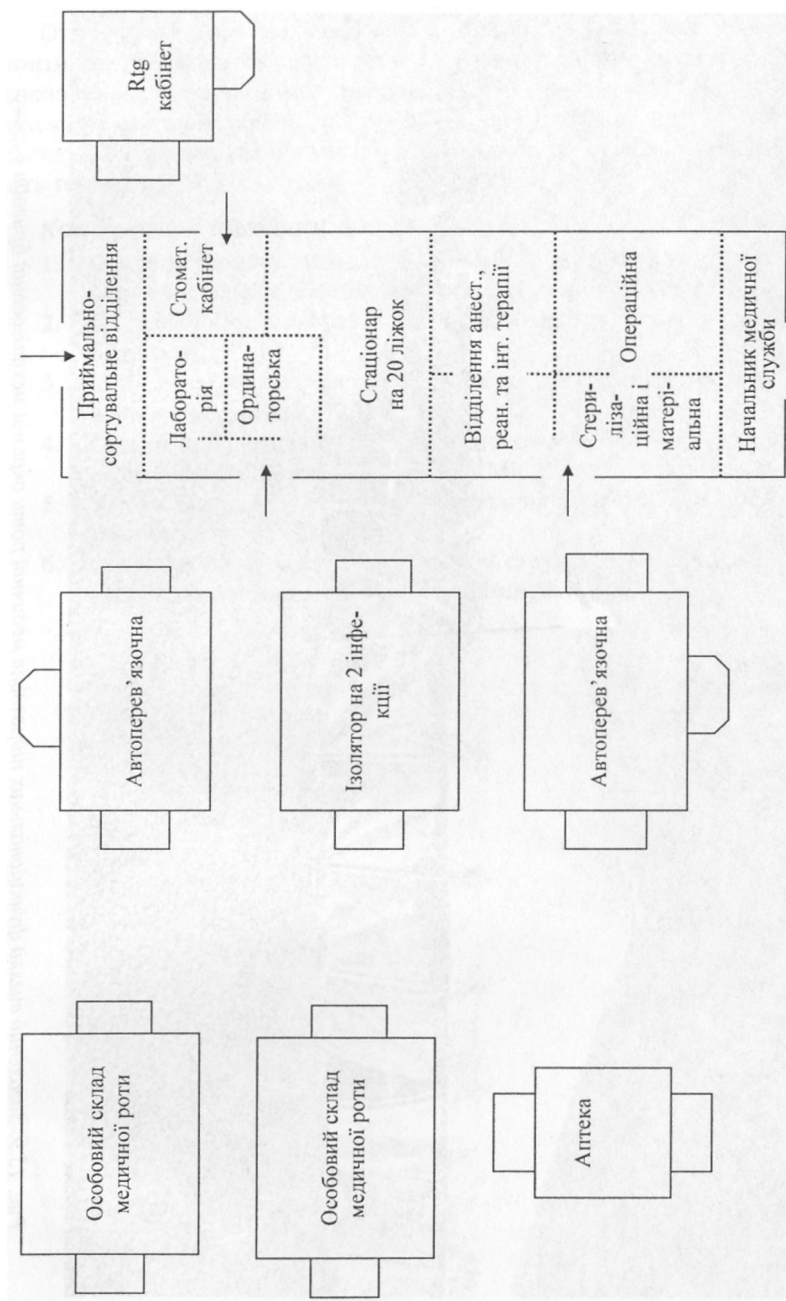


Рис. 13. 8. Схема розгортання медичної роти окремої механізованої бригади в Іраку

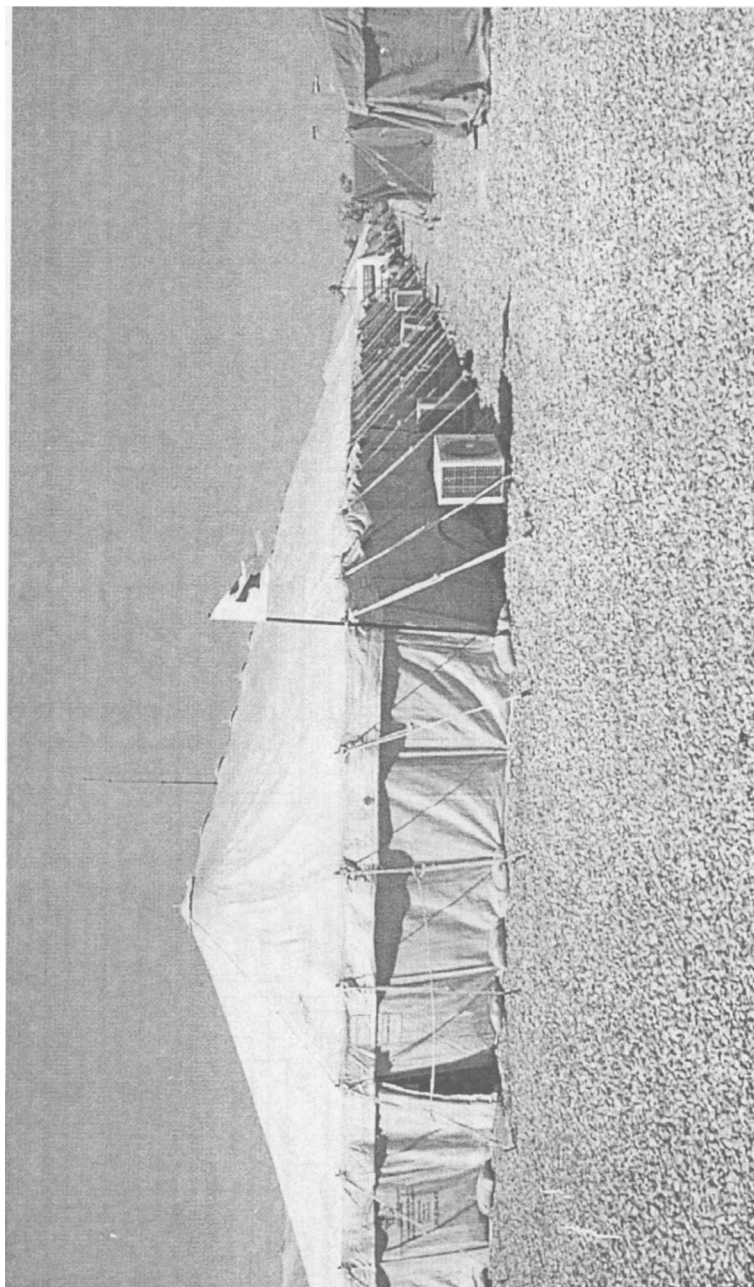


Рис. 13.9. Загальний вигляд функціональних підрозділів медичної роти окремої механізованої бригади в Іраку

Отже, організація медичного забезпечення українського миротворчого контингенту, наявність сил та засобів медичної служби, окрім необхідності виконання загальних вимог стандартів ООН, залежать від впливу значної кількості факторів: країни перебування, призначення, кількості особового складу МК, розташування частин і підрозділів та завдань, що вони виконують тощо.

Контрольні питання для самоперевірки

1. Основні терміни та поняття, якими користуються в процесі здійснення медичного забезпечення частин та підрозділів МК.
2. Специфічні особливості медичного забезпечення миротворчих операцій має.
3. Складові системи медичного забезпечення міжнародних миротворчих операцій сил ООН.
4. Основні рівні надання медичної допомоги, які мають бути доступними для всіх багатонаціональних МК.
5. Умови діяльності медичних підрозділів українського миротворчого контингенту.
6. Особливості організаційно-штатної структури медичних підрозділів українського миротворчого контингенту.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ

Ситуаційне завдання № 1

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби механізованої бригади розробляє план медичного забезпечення бригади в обороні. При проведенні розрахунків можливих санітарних втрат він враховує:

- > особовий склад бригади налічує 5000 чол.;
- > бригада буде вести бойові дії в I ешелоні АК на напрямку головного удару противника;
- > противник буде застосовувати тільки вогнепальну зброю.

Виконати: в ролі начальника медичної служби бригади розрахувати загальну кількість можливих санітарних втрат механізованої бригади в обороні.

Ситуаційне завдання № 2

Начальник медичної служби бригади в підготовчий період до оборонного бою розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку можливих санітарних втрат начальник медичної служби бригади враховує:

- > особовий склад бригади налічує 5000 чоловік;
- > противник може застосовувати всі види зброї.

Виконати: в ролі начальника медичної служби бригади розрахувати кількість можливих санітарних втрат механізованої бригади в обороні при застосуванні противником вогнепальної зброї, що застосовується разом з іншими видами зброї (ядерною та хімічною).

Ситуаційне завдання № 3

При підготовці до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

У санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї за день бою складатимуть біля 300 чоловік.

Виконати: в ролі начальника медичної служби бригади розрахувати потребу в силах та засобах для виносу поранених з поля бою (кількість ланок санітарів-носіїв).

Ситуаційне завдання № 4

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї за день бою складатимуть біля 300 чоловік.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати потребу в силах та засобах для вивозу поранених з поля бою (осередків ураження) - кількість санітарних транспортерів.

Ситуаційне завдання № 5

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї противника за день бою складатимуть біля 300 чоловік.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати потребу в силах та засобах евакуації поранених з медичної роти (осередків ураження) до ВППГ - кількість транспорту для проведення медичної евакуації.

Ситуаційне завдання № 6

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї за день бою складатимуть біля 300 чоловік.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати кількість транспорту загального призначення (вантажних автомобілів), необхідних для евакуації поранених з медичної роти (осередків ураження) до ВППГ за день бою.

Ситуаційне завдання № 7

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади за день бою складатимуть від вогнепальної зброї біля 300 чоловік;
- > перша лікарська допомога в повному обсязі в медичній роті бригади надається пораненим протягом 12 годин.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати кількість лікарських бригад, необхідних для надання першої лікарської допомоги пораненим.

Ситуаційне завдання № 8

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від вогнепальної та ядерної зброї противника за день бою складатимуть біля 600 чоловік;
- > кваліфікована хірургічна допомога в медичній роті пораненим за невідкладними показаннями надається протягом 16 годин (тривалість робочого дня хірурга), одному пораненому - протягом 1,5 години.

Виконати: В ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати кількість хірургічних бригад, необхідних для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим в медичній роті за невідкладними показаннями.

Ситуаційне завдання № 9

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від хімічної зброї за день бою, можливо, складатимуть біля 250 чоловік;
- > невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги в медичній роті надаються ураженим протягом 2-х годин, одному ураженому протягом 0,1 години;
- > противник за день бою може здійснити в середньому 3 хімічних нальоти.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати кількість терапевтичних бригад, необхідних для надання кваліфікованої медичної допомоги ураженим в медичній роті за невідкладними показаннями.

Ситуаційне завдання № 10

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї за день бою складатимуть біля 250 чоловік;
на кожного пораненого потрібно 0,06 л крові та кровозамінників.

Виконати: в ролі начальника медичної служби бригади розрахувати загальну кількість крові та кровозамінників і окремо кількість крові, плазми,

колоїдних та кристалоїдних розчинів, потрібних при наданні кваліфікованої хірургічної допомоги пораненим в медичній роті.

Ситуаційне завдання №11

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати бригади від ядерної зброї за день бою складатимуть біля 500 чоловік;
- > на кожного ураженого потрібно 1,1 л крові та кровозамінників.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати загальну кількість крові та кровозамінників і окремо кількість крові, плазми, колоїдних та кристалоїдних розчинів, потрібних при наданні невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги ураженим в медичній роті.

Ситуаційне завдання №12

У підготовчий період до оборонного бою начальник медичної служби бригади розробляє план медичного забезпечення механізованої бригади в обороні. При оформленні таблиці розрахунку сил та засобів медичної служби він враховує:

- > санітарні втрати механізованої бригади за день бою складатимуть: від ядерної зброї 500 чоловік, від вогнепальної 150 чол.

Виконати: в ролі начальника медичної служби механізованої бригади розрахувати загальну кількість антибіотиків, потрібних для надання медичної допомоги пораненим в медичній роті і окремо з них пеніциліну (його аналогів) та інших антибіотиків.

Ситуаційне завдання № 13

Оперативний час 10.00 "Д"

По першому механізованому батальйону (мб), який перейшов до оборони в 2-му ешелоні 14 механізованої бригади, противник застосував високо-точну зброю. Санітарні втрати 1 мб склали 170 чоловік.

Медична обстановка:

1. Медичний пункт 1 мб у згорнутому стані, поранений начальник МПБ.
2. Медична рота 14 механізованої бригади розгорнута, закінчила надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги за невідкладними показниками 24 пораненим, які потребують евакуації. Резерв начальника медичної служби бригади знаходиться в медичній роті у складі: один санітарний інструктор, два санітарних транспортери, 250 пакетів п'єр-в'язувальних індивідуальних, 1 комплект Б-1.
3. ВППГ - згорнутий, поранених немає.
4. Начальник медичної служби 5 АК - на КП корпусу.

5. Санітарних втрат серед інших підрозділів бригади та втрат сил і засобів медичної служби немає.

Виконати: в ролі начальника медичної служби 14 механізованої бригади оцінити обстановку.

Ситуаційне завдання № 14

Оперативний час 10.00 "Д"

По першому механізованому батальйону, який перейшов до оборони в 2-му ешелоні 14 механізованої бригади, противник застосував високоточну зброю. Санітарні втрати 1 мб склали 170 чоловік.

Медична обстановка:

1. Медичний пункт 1 мб у згорнутому стані, поранений начальник МПБ.

2. Медична рота 14 механізованої бригади розгорнута, закінчує надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги за невідкладними показниками 24 пораненим, які потребують евакуації. Резерв начальника медичної служби бригади знаходиться в медичній роті у складі: один санітарний інструктор, два санітарні транспортери, 250 пакетів пер'язувальних індивідуальних, 1 комплект Б-1.

3. ВППГ згорнутий, поранених немає.

4. Начальник медичної служби 5 АК — на КП.

5. Санітарних втрат серед інших підрозділів бригади, сил і засобів медичної служби немає.

Виконати: в ролі начальника медичної служби 14 механізованої бригади прийняти рішення на медичне забезпечення бригади в обороні.

Ситуаційне завдання № 15

Оперативний час 10.00 "Д"

По першому механізованому батальйону, який перейшов до оборони в 2-му ешелоні 14 механізованої бригади, противник застосував високоточну зброю. Санітарні втрати 1 мб склали 170 чоловік.

Медична обстановка:

1. Медичний пункт 1 мб у згорнутому стані, поранений начальник МПБ.

2. Медична рота 14 механізованої бригади розгорнута, закінчила надання першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги за невідкладними показниками 24 пораненим, які потребують евакуації. Резерв начальника медичної служби бригади знаходиться в медичній роті у складі: один санітарний інструктор, два санітарні транспортери, 250 пакетів пер'язувальних індивідуальних, 1 комплект Б-1.

3. ВППГ - згорнутий, поранених немає.

4. Начальник медичної служби 5 АК - на КП.

5. Санітарних втрат серед інших підрозділів бригади та втрат сил і засобів медичної служби немає.

Виконати: в ролі начальника медичної служби 14 механізованої бригади віддати розпорядження начальнику медичної роти і начальнику медичного пункту 1 мб та скласти донесення з медичної служби начальнику медичної служби 5 АК.

Ситуаційне завдання № 16

Оперативний час 10.00 "Д"

1 мб і 2 мб 14 механізованої бригади здолали стійкий опір противника, близькі до виконання найближчого завдання бригади.

Противник наніс бомбово-штурмові удари авіації з використанням напалму по бойових порядках цих батальйонів. Санітарні втрати в 1 мб склали 60 чоловік, в другому - 75 чоловік.

Медична обстановка:

1. Медичний пункт 1 мб у згорнутому стані надає долікарську допомогу трьом пораненим. Виведений із ладу 1 санітарний транспортер, убитий санітарний інструктор МПБ.

2. Медичний пункт 2 мб зупинився поряд з бойовою машиною піхоти, що горить, його особовий склад виймає з неї поранених і надає їм долікарську допомогу. Згорів від прямого попадання напалму причеп з медичним майном у 2 мб.

3. Медична рота 14 механізованої бригади розгорнута та надає першу лікарську допомогу 15 пораненим, 40 поранених підготовлено до евакуації, 1 лікар-хірург з пораненням не може виконувати свої функціональні обов'язки. Запас медичного майна складає 50 %. У медичній роті знаходяться 2 санітарних автомобілі УАЗ-3962 і 3 санітарних транспортери.

4. ВППГ закінчує розгортання і завершить його до 10.30 "Д" у визначеному місці.

5. Начальник медичної служби 5 АК знаходиться на ТПУ корпусу.

Виконати: в ролі начальника медичної служби 14 механізованої роти оцінити обстановку.

Ситуаційне завдання №17

Оперативний час 10.00 "Д"

1 мб і 2 мб 14 механізованої бригади здолали стійкий опір противника, близькі до виконання найближчого завдання бригади.

Противник наніс бомбово-штурмові удари авіації з використанням напалму по бойових порядках цих батальйонів. Санітарні втрати в 1 мб склали 60 чоловік, в другому - 75 чоловік.

1. Медичний пункт 1 мб у згорнутому стані, надає долікарську допомогу трьом пораненим. Виведений із ладу 1 санітарний транспортер, убитий санітарний інструктор МПБ.

2. Медичний пункт 2 мб зупинився поряд з бойовою машиною піхоти, що горить, його особовий склад виймає з неї поранених і надає їм долікар-

ську допомогу. Згорів від прямого попадання напалму причеп з медичним майном у 2 мб.

3. Медична рота 14 механізованої бригади розгорнута, надає першу лікарську допомогу 15 пораненим, 40 поранених підготовлено до евакуації, 1 лікар-хірург з пораненням не може виконувати свої функціональні обов'язки. Запас медичного майна складає 50 %.

4. У медичній роті знаходяться 2 санітарних автомобілі УАЗ-3962 і 3 санітарних транспортери.

5. ВППГ закінчує розгортання і до 10.30 "Д" буде розгорнутий у визначеному районі.

6. Начальник медичної служби 5 АК знаходиться на ТПУ корпусу.

Виконати: в ролі начальника медичної служби 14 механізованої бригади прийняти рішення на медичне забезпечення бригади в обороні.

ВАРІАНТИ РІШЕННЯ СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 1

На підставі досвіду Другої світової війни, дослідницьких навчань, комп'ютерного моніторингу, регламентуючих документів санітарні втрати механізованої бригади в обороні від вогнепальної зброї противника складатимуть біля 6 - 10 % від особового складу з'єднання.

Таким чином, можливі санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї складатимуть 300 - 500 чол. (6-10 % від 5000).

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 2

Санітарні втрати механізованої бригади в обороні від вогнепальної зброї противника, якщо вона застосовується разом зі зброєю масового ураження, складатимуть біля 3 - 5 % від особового складу бригади.

Таким чином, можливі санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї, яка застосовується разом з ЗМУ, складатимуть 150 - 250 чол. (3 - 5 % від 5000).

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 3

На підставі регламентуючих документів потреба в силах та засобах вивозу поранених з поля бою (осередків ураження) - кількість ланок санітарів-носіїв розраховується за формулою:

ZC - кількість ланок санітарів-носіїв, необхідних для вивозу поранених з поля бою;

CB - санітарні втрати бригади від вогнепальної зброї противника;

$Я$ - продуктивність ланки санітарів-носіїв за одиницю часу;

k - частка тих, хто потребує виносу і дорівнює 0,5 (тобто виносу з поля бою потребує 50 % загального числа поранених).

Таким чином: $ZC = \frac{0,5 \cdot 300}{1} = 25$ ланок санітарів-носп.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 4

На основі регламентуючих документів потреба в силах та засобах вивозу поранених з поля бою (осередків ураження) - кількість санітарних транспортерів розраховується за формулою:

$$ZC = \frac{k \cdot CB}{Y}, \text{ де}$$

ZC - кількість одиниць засобів вивозу уражених з поля бою (санітарних транспортерів);

CB - кількість санітарних втрат від вогнепальної зброї противника;

Y - продуктивність одиниці ZC за одиницю часу;

k - частка тих, хто потребує вивозу і дорівнює 0,5 (тобто вивозу з поля бою потребує 50 % загального числа поранених).

Таким чином: $ZC = \frac{0,5 \cdot 300}{6} = 25$ санітарних транспортерів.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 5

На основі регламентуючих документів, потреба в силах та засобах евакуації уражених - кількість транспорту медичної евакуації розраховується за формулою:

$$T_{om} = \frac{k \cdot CB}{P - M}, \text{ де}$$

T_{om} - потреба в транспорті;

CB - санітарні втрати з'єднання від вогнепальної зброї противника;

P - кількість рейсів за добу;

M - евакумісткість автомобіля (УАЗ-3962 - 5 чол.);

k - частка тих, хто потребує евакуації (АМЕ - 0,5 - 0,6).

Таким чином: $T_{om} = \frac{0,5 \cdot 300}{6 - 5} = 6$ санітарних автомобілів УАЗ-3962.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 6

На основі регламентуючих документів кількість транспорту загального призначення (вантажних автомобілів), необхідних для евакуації поранених з медичної роти до ВППГ за день бою, розраховується за формулою (в машинорейсах):

$$T_{mzn} = \frac{(1 - k) \cdot CB}{M}, \text{ де}$$

T_{mzn} - потреба в транспорті;

CB - санітарні втрати з'єднання від вогнепальної зброї противника;

M - евакумісткість автомобіля (10-15 чол.);

k - частка тих, хто потребує евакуації (ТЗП — 0,5 - 0,6).

Таким чином: $T_{„„} = \dots = 3 \cdot \dots = 5^5$ машинорейсів.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 7

На основі регламентуючих документів кількість лікарських бригад, необхідних для надання першої лікарської допомоги пораненим в повному обсязі розраховується за формулою:

$$L_{\text{св}} = \frac{CB \cdot T \cdot k}{\dots}, \text{ де}$$

$L_{\text{св}}$ — потреба в лікарських бригадах;

CB - кількість санітарних втрат з'єднання від вогнепальної зброї противника;

T — час, протягом якого допомога повинна надаватися усім пораненим (в годинах);

T_i — час, необхідний для надання допомоги одному пораненому;

k - частка тих, хто потребує надання медичної допомоги в повному обсязі (0,3).

Таким чином: $L_{\text{св}} = \frac{300 \cdot 0,4 \cdot 0,3}{\dots} = 3 \cdot \dots$ лікарських бригад.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 8

На основі регламентуючих документів кількість хірургічних бригад, необхідних для надання кваліфікованої медичної допомоги пораненим за невідкладними показаннями, розраховується по формулі:

$$X_{\text{св}} = \frac{CB \cdot k \cdot T}{\dots} \cdot \dots$$

$X_{\text{св}}$ - потреба в хірургічних бригадах;

CB - санітарні втрати з'єднання від вогнепальної та ядерної зброї противника;

k - частка тих, хто потребує кваліфікованої хірургічної допомоги;

T , - час, необхідний для надання кваліфікованої хірургічної допомоги одному пораненому;

T - тривалість робочого дня хірурга.

Таким чином: $X_{\text{св}} = \frac{600 \cdot 0,15 \cdot 1,5}{16} = 9$ хірургічних бригад.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 9

На основі регламентуючих документів кількість терапевтичних бригад, необхідних для надання кваліфікованої медичної допомоги ураженим за невідкладними показаннями, розраховується по формулі:

$$L_{\text{св}} = \frac{CB \cdot k \cdot T}{\dots}$$

$L_{\text{св}}$ — потреба в терапевтичних бригадах;

CB^X - санітарні втрати з'єднання від хімічної зброї противника;

κ - частка тих, хто потребує кваліфікованої терапевтичної допомоги (0,7);

T , - час, необхідний для надання кваліфікованої терапевтичної допомоги одному ураженому (в годинах);

T - час, протягом якого кваліфікована терапевтична допомога повинна надаватись всім ураженим;

H - можлива кількість хімічних нальотів противника.

Таким чином: $T_{бр} = \frac{250-0,7-0,1}{3} = 3$ терапевтичних бригади.

Варіант вирішення ситуаційного завдання №10

Для надання медичної допомоги і лікування поранених вогнепальною зброєю в медичній роті потрібно:

різних трансфузійних розчинів: $250 \times 0,06 = 15$ л;

з них:

крові - 15 % - 2,25 л;

плазми 15 % - 2,25 л;

колоїдних розчинів 30 % - 4,5 л;

кристалоїдних розчинів 40 % - 6,0 л.

Варіант вирішення ситуаційного завдання №11

Для надання медичної допомоги і лікування уражених ядерною зброєю потрібно:

різних трансфузійних розчинів: $500 \times 1,1 = 550$ л;

з них:

крові 5% - 27,5 л;

плазми 5% — 27,5 л;

колоїдних розчинів 30% — 165 л;

кристалоїдних розчинів 60% - 330 л.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 12

Для надання медичної допомоги і лікування поранених:

вогнепальною зброєю потрібно 150×500.000 (норма на одного пораненого) = 75.000.000 одиниць антибіотиків;

ядерною зброєю - 500×300.000 (норма на одного ураженого) = 150.000.000 одиниць антибіотиків;

разом - 225.000.000 одиниць антибіотиків, з них:

пеніциліну (його аналогів) - 60 %, тобто 135.000.000, та інших антибіотиків - 90.000.000 одиниць.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 13

Оцінка обстановки

1. Застосування високоточної зброї по опорних пунктах рот 1 мб свідчить про те, що головного удару противника слід очікувати на лівому фланзі 14 механізованої бригади.

2. Санітарні втрати 1 мб склали 170 чоловік.

3. Завдання медичного пункту 1 мб - організувати вивіз (виніс) поранених з ротних опорних пунктів рот і надання їм першої медичної допомоги.

4. Завдання начальника медичної служби 14 механізованої бригади полягає в тому, що разом з організацією підготовки медичної служби до медичного забезпечення наступного оборонного бою необхідно негайно організувати лікувально-евакуаційні заходи в 1 мб.

Варіант вирішення ситуаційного завдання № 14

Рішення начальника медичної служби 14 механізованої бригади

1. Призначити санітарного інструктора медичного пункту 1 мб начальником медичного пункту 1 мб.

2. Начальнику медичного пункту 1 мб розгорнути медичний пункт і організувати вивіз поранених з опорних пунктів рот.

3. Начальнику медичної роти 14 механізованої бригади направити до медичного пункту 1 мб автоперев'язочну з лікарем-хірургом для надання першої лікарської допомоги.

4. Мій резерв в складі одного санітарного інструктора, двох санітарних транспортерів, 250 індивідуальних перев'язувальні пакетів, 1-го комплекту Б-1.

Варіант вирішення ситуаційного завдання №15

*Розпорядження начальника медичної служби
14 механізованої бригади*

Начальнику медичної роти 14 механізованої бригади:

1. До 10.30 направити до медичного пункту 1 мб автоперев'язочну з лікарем-хірургом для надання першої лікарської допомоги.

2. Підготувати до евакуації поранених, які знаходяться в медичній роті.

3. Резерв сил і засобів медичної служби утримувати до мого особливого розпорядження.

Підпис _____

Начальнику медичного пункту 1 мб:

1. Призначити тимчасово виконуючим обов'язки начальника медичного пункту 1 мб санітарного інструктора медичного пункту 1 мб.

2. Начальнику медичного пункту 1 мб розгорнути МПБ та організувати вивіз поранених з рот на МПБ.

3. МПБ посилюється автоперев'язочною з лікарем-хірургом, яка прибуде до 10.30 "Д" в район розгорнутого МПБ для надання першої лікарської допомоги.

Підпис_____

Радіограма

Донесення начальнику медичної служби 5 АК

_____ (позивні вузлу зв'язку ТЛУ та начальника медичної служби 5 АК)

По району оборони 1 мб 14 механізованої бригади противник застосував високоточну зброю. Санітарні втрати склали 170 чоловік.

У медичній роті 14 механізованої бригади, що розгорнута, знаходяться 24 поранених, які потребують евакуації. В найближчі 2 - 3 години підлягають евакуації 20 поранених, а через 4 - 5 годин - 150 поранених. Прошу надіслати санітарний транспорт для забезпечення своєчасної евакуації поранених. _____ (позивні вузла зв'язку КП та начальника медичної служби 14 механізованої бригади)

Підпис_____

Варіант вирішення ситуаційного завдання №16

Оцінка обстановки

1. Нанесення противником бомбово-штурмових ударів по батальйону 1-го ешелону бригади свідчить про те, що противник намагається зупинити успішне пересування 1 мб та 2 мб 14 механізованої бригади. Бригада близька до виконання найближчого завдання.

2. Санітарні втрати 1 мб склали 60 чоловік, 2 мб - 75 чоловік.

3. Медичні пункти 1 і 2 мб надають долікарську допомогу пораненим, пересуваючись за бойовими порядками своїх батальйонів.

4. В медичному пункті 1 мб виведений із ладу 1 санітарний транспортер та вбитий 1 санітарний інструктор МПБ. В медичному пункті 2 мб знищено медичне майно.

5. Медична рота бригади розгорнута в призначеному районі, надає першу лікарську допомогу 15 пораненим, 40 поранених підготовлено до евакуації.

У наявності некомплект сил і засобів медичної служби, а саме:

- > вибув внаслідок поранення 1 лікар-хірург;
- > медичне майно витрачене на 50 %.

6. Резерв начальника медичної служби 14 механізованої бригади складає 2 санітарних автомобіля, 3 санітарних транспортера, що знаходяться при медичній роті;

7. 5 ВППГ до 10.30 "Д" буде розгорнутий у визначеному районі.
8. Начальник медичної служби 5 АК знаходиться на ТПУ корпусу.

Варіант вирішення ситуаційного завдання №17

Рішення начальника медичної служби 14 механізованої бригади

1. Начальнику медичної роти 14 механізованої бригади направити на медичний пункт 1 мб: 1-го санітара та 1 санітарний автомобіль УАЗ-3962.
2. В медичний пункт 2 мб направити супутнім рейсом санітарного транспорту: по 0,5 комплектів Б-1 і Б-2, 50 індивідуальних перев'язувальних пакетів, один комплект ПФ і дві СМВ.
3. Начальникам медичних пунктів 1 і 2 мб організувати своєчасний розшук і вивіз (виніс) поранених з поля бою.
4. Евакуацію поранених і хворих з медичної роти з 10.30 "Д" здійснювати у 5 ВППГ, що розгорнутий у визначеному місці.
5. Направити донесення начальнику медичної служби 5 АК (у вигляді радіограми) щодо санітарних втрат в бригаді та втрат в силах і засобах медичної служби.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бадюк М.І. Наукове обґрунтування можливих санітарних втрат військ при руйнуванні хімічно небезпечних об'єктів: Дис. канд. мед. наук. - К., 1998. - 165 с.
2. Бадюк М.І., Нарожнов В.В., Іванов С.В., Котуза А.С. Організація та особливості проведення медичної розвідки на засадах ризик-орієнтованого підходу // Методичн. рекоменд. - К.: Вид. МО України, 2005. - 79 с.
3. Білий В.Я., Пасько В.В., Сохін О.О. Військово-медична доктрина України // Наука і оборона - 2000. - №4. - С. 18-23.
4. Витяг з Тимчасової методики розрахунків втрат особового складу на военний час. - К., 2002. - 8 с.
5. Военно-медицинская подготовка / Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1984. - 448 с.
6. Вороненко В.В., Бадюк М.І. Гулько В.М. та ін. Медична служба механізованої (танкової) бригади // Навч. посібник. - К.: УВМА, 2004. - 107 с.
7. Державна програма реформування та розвитку Збройних Сил України на період до 2005 року // Військо України. - 2000. - №11 - 12. - С.12 - 17.
8. Іванов Н.Г., Лобастов О.С., Организация медицинского обеспечения частей и соединений. - Л.: ВМедА, 1984. - 472 с.
9. Директива Союзного Командування Європи від 26 жовтня 1993 р. №85-8 "Принципи, політика та параметри планування медичного забезпечення Союзного командування Європи". - Брюссель, 1993. - 50 с.
10. Левченко Ф.М., Бадюк М.І., Котуза А.С. та ін. Управління медичною службою механізованої бригади в бою // Навч. посібник. - К.: УВМА, 2005. - 117 с.
11. Левченко Ф.М. Управління кваліфікованою медичною допомогою в системі лікувально-евакуаційного забезпечення військ: Дис. канд. наук з держ. управління. - К., 1998. - 185 с.
12. Наставление по медицинскому обеспечению боевых действий сухопутных войск (соединение, часть, подразделение). - М.: Воениздат, 1987. - 256 с.
13. Пальчук М.М. Деякі погляди на перспективи подальшого розвитку Збройних Сил України // Наука і оборона. - 2001. №4. - С. 28 - 34.
14. Руснак І.С., Кохно В.Д. Досвід воєнних конфліктів і проблем реформування Збройних Сил України: пріоритети, передумови та перспективи: За матер. міжнар. семінарів. Тез доп. 14-15 лютого 2000 р., 22 — 23 червня 2000 р. - К, 2001. - С. 28 - 34.
15. Телелим В.М. Денежкін М.М. Про методологічний підхід до визначення структури Збройних Сил України // Наука і оборона. - 2000. - №3. - С. 33-38.

УМОВНІ ЗНАКИ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

	санітар		пост санітарного транспорту
	санітар – стрілець		медична рота бригади розгорнута (з позначкою належності до певної частини)
	ланка санітарів-носіїв		медична рота бригади згорнута
	санітарний інструктор (медична сестра)		медична рота бригади у русі
	фельдшер		медичний пункт бригади
	лікар		тимчасовий медичний пункт
	начальник медичної служби (бригади, корпусу)		автоперев'язочна
	поранений (уражений)		військово-польовий пересувний госпіталь (ВППГ) розгорнутий (цифра – номер госпіталю)
	місце зосередження поранених (уражених) і хворих (“гніздо поранених”)		військово-польовий пересувний госпіталь (ВППГ) згорнутий (цифра – номер госпіталю)
	медичний пост роти		військово-польовий пересувний госпіталь (ВППГ) у русі (цифра – номер госпіталю)
	медичний пункт батальйону розгорнутий (з позначкою належності до певного підрозділу)		санітарний транспортер колісний (цифра – кількість)
	медичний пункт батальйону згорнутий		санітарний транспортер гусеничний (цифра – кількість)
	медичний пункт батальйону у русі		санітарний автомобіль (цифра – кількість)

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

АІ - аптечка індивідуальна
АК - армійський корпус
АП - автоперев'язочна
АСУ - автоматизована система управління
БВГ-базовий військовий госпіталь
БВД - боеприпаси вибухової дії
БЗ — бактеріальні засоби
БОВ - боеприпаси об'ємного вибуху
БРР - бойові радіоактивні речовини
БС - бойовий стрес
ВГ - військовий госпіталь
ВЕ - військова епідеміологія
ВЛК - військово-лікарська комісія
ВМВ - військово-медичний відділ
ВМС - Військово-морські сили
ВМУ - військово-медичне управління
ВМЦ - військово-медичний центр
ВПГЛП - військово-польовий госпіталь легкопоранених
ВПІГ - військово-польовий інфекційний госпіталь
ВПНГ- військово-польовий неврологічний госпіталь
ВППГ - військово-польовий пересувний госпіталь
ВПСГ - військово-польовий сортувальний госпіталь
ВПТГ— військово-польовий терапевтичний госпіталь
ВПХГ- військово-польовий хірургічний госпіталь
ВСО - відділення спеціальної обробки
ВТ — військова терапія
ВТЗ - високоточна зброя
ВТРМЗ - військова токсикологія, радіологія та медичний захист
ВХ - військова хірургія
ГБФ - госпітальна база фронту
ГВГ- гарнізонний військовий госпіталь
ГВКГ - Головний військовий клінічний госпіталь
ГВМУ - Головне військово-медичне управління
ГПХ - гостра променева хвороба
ГШ - Генеральний штаб
ДВЗ - допоміжний вузол зв'язку
ДАА - дезінфекційно-душовий автомобіль
ДМП - дивізійний медичний пункт
ДОЗ - Департамент охорони здоров'я
ДСМК - Державна служба медицини катастроф

ЕМЕ - етап медичної евакуації
ЕОТ - електронно-обчислювальна техніка
ЕП - евакуаційний пункт
ЗБВ - загальні бойові втрати
ЗЗК - загін заготівлі крові
ЗМУ - зброя масового ураження
ЗС - збройні сили
ІПП - індивідуальний протихімічний пакет
КВ - команда видужуючих
КДЗ - киснево-добувний загін
КП - командний пункт
мбр - механізована бригада
МедБр - медична бригада
медр - медична рота
МЕП — місцевий евакопункт
МО - Міністерство оборони
МОЗ- Міністерство охорони здоров'я
МПБ - медичний пункт батальйону
МПР - медичний пост роти
МС - медичний склад
НБУ - небойові ураження
НДІ ПВМ - Науково-дослідний інститут проблем військової медицини
ОАСБ —окремий автомобільний санітарний батальйон
ОАСР - окрема автомобільна санітарна рота
ОБМТЗ - окремий батальйон матеріально-технічного забезпечення
ОК - оперативне командування
ОМЗВ - організація медичного забезпечення військ
ОМЗП - окремий медичний загін підсилення
ОНІ - особливо небезпечні інфекції
ОР - отруйні речовини
ПВП - пункти водопостачання
ПГБ - пересувна госпітальна база
ПІТ - палата інтенсивної терапії
ПлЗ - полонені та зниклі безвісті
МПД - медичний пункт дивізіону
ПМЛ - польові медичні лабораторії
ППІ - пакет перев'язувальний індивідуальний
ПС - Повітряні сили
ПСТ - пост санітарного транспорту
ПХО - первинна хірургічна обробка
РР - радіоактивні речовини
РСЧА - Робітниче-Селянська Червона Армія
РТЧХ - Російське товариство Червоного Хреста

СВ - Сухопутні війська
СДОР - сильнодіючі отруйні речовини
СДП - стерилізаційно-дистиляційна причеп
СЕВ - сортувально-евакуаційне відділення
СЕЗ - санітарно-епідеміологічний загін
СЕЛ - санітарно-епідеміологічна лабораторія
СКП - санітарно-контрольні пункти
СМВ - сумка медична військова
СМЛ - судово-медична лабораторія
СП — сортувальний пост
СПл - сортувальна площадка
СС - сумка санітара
ТерГБ - територіальна госпітальна база
ТПУ - тиловий пункт управління
ТСМЗ - територіальна система медичного забезпечення
УВМА - Українська військово-медична академія
УГБ - управління госпітальної бази
ФПЗ - фельд'єгерсько-поштовий зв'язок
ЦВЛК - Центральна військово-лікарська комісія
ЦПАЛ — Центральна патолого-анатомічна лабораторія
ЦСтП — Центральна стоматологічна поліклініка
ЦУМЗ - Центр управління медичним забезпеченням

**Пасько Володимир Васильович
Бадюк Михайло Іванович
Левченко Федір Миколайович
Токарчук Віктор Петрович
Солярник Валерій Володимирович
Гулько Володимир Михайлович
Романенко Анатолій Іванович
Заяц Олександр Іванович
Ступак Федір Якович
Котуза Андрій Степанович
Палій Сергій Романович
Долінський Михайло Андрійович
Гульпа Вадим Серафимович
Нарожнов Валентин Васильович**

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК

Комп'ютерна верстка

В.І. Чачинський

Гарнітура Тайме. Формат 60x84/16.
Наклад 3 000. Папір офсетний. Ум.-др. арк. 29.

*Надруковано в "МПЛеся".
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи серія ДК № 892 від 08.04.2002.*

"МПЛеся"
03148, Київ, а/с 115.
Тел./факс: + 38 044 469 7485, 407 6197
E-mail: lesya@ukrpost.net



