

Міжнародна громадська організація
«Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика
Киргизька державна медична академія імені І.К. Ахунбаєва

ЗДОРОВ'Я СУСПІЛЬСТВА

HEALTH OF SOCIETY

Здоров'я суспільства

Health of Society

Zdorov'a suspil'stva

Спеціалізований рецензований науково-практичний журнал
Періодичність виходу 6 разів на рік
Заснований у 2011 році

Том 11, № 2, 2022

Включений до наукометричних і спеціалізованих баз даних НБУ ім. В.І. Вернадського,
«Наукова періодика України», CrossRef, WorldCat, Google Scholar, ROAD, Ulrichswebs, OUCI, BASE, OpenAIRE



Author Guidelines



Open Journal System

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

ШЕКЕРА О., академік Національної Академії Наук Вищої Освіти України, доктор мед. наук, професор, заслужений лікар України, почесний професор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва, президент Міжнародної громадської організації «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

НАУКОВІ РЕДАКТОРИ

АБАБІІ І., академік Академії Наук Республіки Молдова, доктор мед. наук, професор, ректор Державного університету медицини та фармації імені Миколи Тестеміцану (*Республіка Молдова*); **ВАДАЧКОРІА З.**, доктор мед. наук, професор, ректор Тбіліського Державного медичного університету (*Грузія*); **ВОРОНЕНКО Ю.**, академік Національної Академії Медичних Наук України, доктор мед. наук, професор, ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика (*Україна*); **КУДАЙБЕРГЕНОВА І.**, доктор мед. наук, професор, ректор Киргизької державної медичної академії імені І. К. Ахунбаєва (*Киргизька Республіка*).

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Бабкіна Т. М., д.мед.н., проф.; **Волоха А. П.**, д.мед.н., проф.; **Горачук В. В.**, д.мед.н., проф.; **Гриневич Є. Г.**, д.мед.н., проф.; **Давтян Л. Л.**, д.фарм.н., проф.; **Дрогомирецька М. С.**, д.мед.н., проф.; **Медведовська Н.В.**, д.мед.н., проф.; **Мішиєв В. Д.**, д.мед.н., проф.; **Ткаченко В. І.**, д.мед.н., проф.; **Харченко Н. В.**, чл.-кор. НАМН України, д.мед.н., проф.; **Хоменко І. М.**, д.мед.н., проф.; **Шаповалова В. О.**, д.фарм.н., проф.; **Шекера О. Г.**, академік НАН ВО України, д.мед.н., проф. (*Україна*); **Брімкулов Н. Н.**, д.мед.н., проф.; **Ісакова Ж. К.**, к.мед.н., доц. (*Киргизька Республіка*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Каранадзе Н. А. (*Грузія*). Вальдеоріола Францеск (*Іспанія*). Абдікарімов С. Т.; Адамбеков Д. А.; Аскеров А. А.; Батиралієв Т. А.; Галако Т. І.; Джолбунова З. К.; Джумабеков С. А.; Джумагулов О. Д.; Джумалієва Г. А.; Зурдинов А. З.; Єсенаманова М. К.; Кадіров А. А.; Калбаєв А. А.; Калієв Р. Р.; Койбагарова А. А.; Мамитов М. М.; Міррахімов Є. М.; Молдобаєва М. С.; Молдоташева А. К.; Мукашев М. Ш.; Мураталієва А. Д.; Мурзалієв А. М.; Мусуралієв М. С.; Насиров В. А.; Омурбеков Т. О.; Раїмжанов А. Р.; Сопуєв А. А.; Усупбаєв А. Ч.; Чолпонбаєв К. С. (*Киргизька Республіка*). Курочкін Г.; Фріптуляк Г.; Чернецьки О. (*Республіка Молдова*). Сметанський М. (*Польща*). Акілов Х. А.; Аліджанов Ф. Б.; Асадов Д. А.; Атаханов Ш. Є.; Сабіров Д. М.; Хамрабаєва Ф. І. (*Республіка Узбекистан*). Абізов Р. А.; Анкін М. Л.; Апанасенко Г. Л.; Бабінцева Л. Ю.; Бекетова Г. В.; Бережний В. В.; Біда В. І.; Білоклицька Г. Ф.; Білошицький В. В.; Біляєв А. В.; Біляєва О. О.; Бугро В. І.; Варивончик Д. В.; Видиборець С. В.; Вишневська Л. І.; Вітовський Р. М.; Володимиров О. А.; Володимирова Н. І.; Возіанов С. О.; Возіанова С. В.; Волосовець О. П.; Герцен Г. І.; Гетьман В. Г.; Гойда Н. Г.; Головченко Ю. І.; Голубчиков М. В.; Гудима А. А.; Гульчій О. П.; Гурженко Ю. М.; Гусєва С. А.; Данилов О. А.; Дзюблик І. В.; Дзюблик О. Я.; Долженко М. М.; Дорофєєв А. Е. Дорошенко О. М.; Дуда О. К.; Задорожна В. І.; Зайков С. В.; Зозуля І. С.; Іванов Д. Д.; Калюжна Л. Д.; Коваленко О. Є.; Козьарін І. П.; Косаковський А. Л.; Краснов В. В.; Кушніренко С. В.; Літус В. І.; Літус О. І.; Маменко М. Є.; Мамчич В. І.; Марушко Т. В.; Марушко Ю. В.; Михальчук В. М.; Мінцер О. П.; Мішалов В. Д.; Павленко О. В.; Пилягіна Г. Я.; Поліщук М. Є.; Пустовіт С. В.; Риков С. О.; Рошнін Г. Г.; Савичук Н. О.; Салманов А. Г.; Свиридова Н. К.; Скрипник І. М.; Суслікова Л. В.; Тодуров Б. М.; Толстанов О. К.; Трохимчук В. В.; Фелештинський Я. П.; Фещенко Ю. І.; Царенко А. В.; Чопей І. В.; Чуприна Г. М.; Шаповалов В. В.; Шаповалов В. В.; Швець Н. І.; Шкорботун В. О.; Шуба В. Й.; Шуба Н. М.; Шунько Є. Є. (*Україна*).

СЕКРЕТАРІАТ

Шекера О. О. к.мед.н., доц.; Царенко А. В. д.мед.н., доц.; Шекера І. О. к.мед.н.; Кулаковська І. П., Комісарова О. С. к.мед.н. (*Україна*).

Журнал друкується згідно рішення Вчених рад НУОЗ України ім. П. Л. Шупика, КДМА ім. І. К. Ахунбаєва, МГО «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

ВИДАВЕЦЬ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства». Свідectво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 24955-14895ПР від 02.08.21. Підписано до друку 09.09.2022 р., обсяг, періодичність – 8 ум. друк. арк., 6 разів на рік. Тираж 1000 прим. Видається змішаними мовами. Усі права застережені. Переклад та передрук – тільки за згодою авторів і редакції. Листи, рукописи, фотографії та малюнки не повертаються. Редакція залишає за собою право редагувати матеріали.

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України категорії «Б» за спеціальностями: 222 - медицина, 229 - громадське здоров'я (Додаток 4 до Наказу Міністерства освіти і науки України 02.07.20 р. № 886).

Журнал внесено до переліку наукових фахових видань України: з медичних наук (Додаток 8 до Наказу Міністерства освіти і науки України 07.10.16 р. № 1222) та з фармацевтичних наук (Додаток 7 до Наказу Міністерства освіти і науки України 11.07.17 р. № 996).

ЗАСНОВНИКИ

Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства».

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика.

Киргизька державна медична академія імені І. К. Ахунбаєва.

Редакційна колегія. Телефон для довідок: (+380 44) 205-49-94, моб. тел.: (+380 66) 704-97-75. Адреса: 04112, Україна, м. Київ, вул. Дорогожичська, 9; e-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Зам. 2022-hs-42-43.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

CHIEF EDITOR

SHEKERA O., Academician of the NAN HE of Ukraine, MD, PhD, Professor, Honored Doctor of Ukraine, Honorary Professor of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, President of the International Public Organization "The International Association "Health of Society".

SCIENTIFIC EDITORS

ABABII I., Academician of the Academy of Sciences of Moldova, MD, PhD, Professor, Rector of the Nikolai Testemițanu State University of Medicine and Pharmacy (**Republic of Moldova**); **VADACHKORIA Z.**, MD, PhD, Professor, Rector of the Tbilisi State Medical University (**Georgia**); **VORONENKO Yu.**, Academician of the NAMS of Ukraine, MD, PhD, Professor, Rector of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine (**Ukraine**); **KUDAYBERGENOVA I.**, MD, PhD, Professor, Rector of the I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy (**Kyrgyz republic**).

EDITORIAL BOARD

Babkina T., MD, PhD, Prof.; **Volokh A.**, MD, PhD, Prof.; **Gorachuk V.**, MD, PhD, Prof.; **Grynevich E.**, MD, PhD, Prof.; **Davtyan L.**, MD, PhD, Prof.; **Drohomyretska M.**, MD, PhD, Prof.; **Medvedovskaya N.**, MD, PhD, Prof.; **Mishiyev V.**, MD, PhD, Prof.; **Tkachenko V.**, MD, PhD, Prof.; **Kharchenko N.**, NAMS of Ukraine Corr.-Member, MD, PhD, Prof.; **Khomenko I.**, MD, PhD, Prof.; **Shapovalova V.**, MD, PhD, Prof.; **Shekera O.**, MD, PhD, Prof. (**Ukraine**); **Brimkulov N.**, MD, PhD, Prof.; **Isakova Zh.**, MD, PhD, As. Prof. (**Kyrgyz republic**).

EDITORIAL COUNCIL

Karanadze N. (**Georgia**). Valldeoriola Francesc (**Spain**). Abdikarimov S.; Adambekov D.; Askerov A.; Batyraliyev T.; Galako T.; Dzhumabekov S.; Dzhumagulov A.; Dzholbunova Z.; Dzhumalieva G.; Zurdynov A.; Yesenamanova M.; Kadyrov A.; Kalbayev A.; Kaliyev R.; Koybagarova A.; Mamytyov M.; Mirrakhimov Ye.; Moldobayeva M.; Moldotasheva A.; Murataliyeva A.; Musuraliyev M.; Murzaliyev A.; Mukashev M.; Nasirov V.; Omurbekov T.; Raimzhanov A.; Sopuyev A.; Cholponbayev K.; Usupbayev A. (**Kyrgyz republic**). Kurosichyn G.; Fryptulyak G.; Chernetsky O. (**Republic of Moldova**). Smietanski M. (**Poland**). Akilov J.; Alidzhanov F.; Asadov D.; Atakhanov C.; Sabirov D.; Hamrabayeva F. (**Uzbekistan**). Abizov R.; Ankin M.; Apanasenko G.; Babinceva L.; Beketova G.; Berezhnaya V.; Bida I.; Biloklyts'ka G.; Biloshytskyy V.; Belyayev A.; Belyaeva A.; Bugro V.; Varyvonchik D.; Vydyborets' S.; Vyshnevs'ka L.; Vitovsky R.; Vladimirov O.; Vladimirova N.; Vozianov S.; Vozianova S.; Volosovets O.; Gertsen G.; Getman V.; Goyda N.; Golovchenko Yu.; Golubchikov M.; Gudyma A.; Gulchiy O.; Gurzhenko M.; Guseva S.; Danilov O.; Dzyublik I.; Dzyublik O.; Dolzhenko M.; Dorofeev A.; Doroshenko O.; Duda O.; Zadorozhna V.; Zaikov S.; Zozulya I.; Ivanov D.; Kalyuzhna L.; Kovalenko O.; Kozyarin I.; Kosakovskyy A.; Krasnov V.; Kushnirenko S.; Litus V.; Litus O.; Mamenko M.; Mamchich V.; Marushko T.; Marushko Yu.; Mykhal'chuk V.; Mintser O.; Mishalov V.; Pavlenko O.; Pilyagina G.; Polishchuk M.; Pustovit S.; Rykov S.; Roshchin G.; Savichuk N.; Salmanov A.; Sviridova N.; Skrypnyk I.; Suslikova L.; Todurov B.; Tolstanov O.; Trokhymchuk V.; Feleshtynskyy J.; Feschenko Yu.; Tsarenko A.; Chohey I.; Chupryna G.; Shapovalov V.; Shvets N.; Shkorbotun V.; Shuba V.; Shuba N.; Shunko Ye. (**Ukraine**).

SECRETARIAT

O. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; A. Tsarenko, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Shekera, MD, Ph.D., As. Prof.; I. Kulakovska, O. Komissar (**Ukraine**).

The journal is published by decision of the Academic Council of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy and of the IPO "The International Association "Health of Society".

PUBLISHER

International Public Organization "The International Association "Health of Society". Certificate of state registration of the print media KB № 24955-14895PR dated of 02/08/21. Copy deadline dated of 09.09.2022. Volume, frequency – 8 conv. printed. sh., 6 times per year. 1000 copies. Published by mixed languages. All rights reserved. Translation and reprint are allowed only after the consent of the authors and the publisher. Letters, manuscripts, photographs and drawings are not returned. The editors reserve the right to edit materials.

The journal is included in the list of category "B" scientific specialized publications of Ukraine in the following specialties: 222 - medicine, 229 - public health (Appendix 4 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 02.07.20, No. 886).

The journal is included in the list of scientific editions of Ukraine: for Medical Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 07.10.16. No. 1222) and for Farmacia Sciences (Appendix 8 to the Ministry of Education and Science of Ukraine Order of 11.07.17. No. 996).

FOUNDER

International Public Organization "The International Association "Health of Society".
Shupyk National Healthcare University of Ukraine.
I. K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy.

Editorial board. Telephone for information: (+380 44) 205-49-94, mob. tel.: (+380 66) 704-97-75. Address: 04112, Ukraine, Kyiv, str. Dorohozhytska, 9; e-mail: associomed@ukr.net, <http://healthy-society.com.ua>

<http://health-society.zaslavsky.com.ua>. Order 2022-hs-42-43.

ISSN 2306-2436 (print), ISSN 2617-2593 (online)

3mict

Спеціальний випуск з військової медицини	
Короткий еккурс – Україна.....	33
<i>Шекера О. Г.</i>	
Медичне забезпечення збройних сил НАТО	34
<i>Корнійчук О. П., Толстанов О. К., Шекера О. Г., Царенко А. В.</i>	
Потенціал системи охорони здоров'я метрополії міста Одеса в умовах воєнного стану	46
Воєнно-медична доктрина України	52
<i>Шекера О. Г.</i>	
Вплив сучасних видів зброї на величину і структуру санітарних втрат (презентація).....	53
<i>Шекера О. Г.</i>	
Міжнародне право. Кодекс поведінки медичного персоналу, що бере участь у збройних конфліктах (презентація).....	74
<i>Шекера О. Г.</i>	
Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час (презентація)	84
<i>Шекера О. Г.</i>	
Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих (презентація)	95
<i>Шекера О. Г.</i>	
Особливості організації сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ (презентація)	105
Колонка редактора	
Представляємо Вашій увазі соціальний проєкт «Пам'ятник медичним працівникам усього світу»	114
Вимоги до оформлення статей	xiii

Contents

Scientific editorsxii

Special issue on military medicine

Brief overview - Ukraine 33

O. G. Shekera
Medical support of the NATO armed forces 34

O. P. Korniychuk, O. K. Tolstanov, O. G. Shekera, A. V. Tsarenko
The potential of the Odesa city metropolitan Healthcare System under the conditions of military status 46

Military medical doctrine of Ukraine 52

O. G. Shekera
The influence of modern types of weapons on the quantity and structure of sanitary losses 53

O. G. Shekera
International Law. Code of conduct for medical personnel participating in armed conflicts 74

O. G. Shekera
Types and scope of medical care in wartime 84

O. G. Shekera
Medical triage. Organization and principles of medical triage of the wounded and sick 95

O. G. Shekera
Peculiarities of the organization of the modern system of medical and evacuation support for troops 105

Editor column

We present to your attention a social project «A monyment to health providers around the word» 114

Author Guidelines xv



І. Абабії,
академік АН Республіки Молдова,
доктор мед. наук, проф., науковий
редактор (Республіка Молдова)
I. Ababii,
academician of the Academy of Sciences
of Republic of Moldova, MD, PhD, Prof.,
scientific editor (Republic of Moldova)



З. Вадачкорія,
доктор мед. наук, проф.,
науковий редактор (Грузія)
Z. Vadachkoria,
MD, PhD, Prof., scientific editor (Georgia)



Ю. Вороненко,
академік НАМН України, доктор мед. наук,
проф., науковий редактор (Україна)
Yu. Voronenko,
academician of the NAMS of Ukraine MD,
PhD, Prof., scientific editor (Ukraine)



І. Кудайбергенова,
доктор мед. наук, проф., науковий
редактор (Республіка Киргизстан)
I. Kudaybergenova,
MD, PhD, Prof., scientific editor
(Republic of Kyrgyzstan)



О. Шекера,
академік НАН ВО України, доктор мед.
наук, проф., головний редактор (Україна)
O. Shekera,
academician of the NAN HE of Ukraine, MD,
PhD, Prof., chief editor (Ukraine)



Шановні читачі!

Виникнення та ствердження України як молодшої незалежної держави пов'язане, насамперед, із забезпеченням її власної національної безпеки. Це потребує розробки і реалізації відповідної державної політики у сфері безпеки, особливо в тій її частині, яка забезпечує захищеність суспільства і держави від воєнних загроз.

Важливим гарантом воєнної безпеки України є її збройні сили. Реформування Збройних сил України відповідно до завдань щодо захисту не тільки суверенітету країни, а й підтримки міжнародного миру, становлять основний напрям української політики у сфері воєнної безпеки.

Україні, яка обрала стратегічний курс у НАТО і характеризується без'ядерністю, прагненням бути провідною державою-учасницею ефективних міжнародних систем безпеки в Європі й світі, необхідно нарошувати співробітництво з країнами Заходу, які можуть і бажають допомогти у формуванні й утвердженні її як незалежної і демократичної країни, але, в той же час, мати сили для захисту свого суверенітету. Співробітництво з НАТО у військовій сфері розглядається як важливий елемент партнерства України з цією організацією, в цілому. Проведення реформи та військового співробітництва сприяють реалізації стратегічної мети України щодо євроатлантичної інтеграції через поступове прийняття стандартів і процедур НАТО, а також

підвищення взаємосумісності між Збройними силами України та НАТО, зокрема, через імплементацію цілей партнерства та реагування на кризи під проводом НАТО.

12 червня 2020 р. новий потужний імпульс отримав процес євроатлантичної інтеграції України – Північноатлантична рада НАТО схвалила рішення щодо надання нашій державі статусу держави-партнера НАТО з розширеними можливостями (Enhanced Opportunity Partner, EOP). Україна стала членом своєрідного клубу, учасниками якого вже є Австралія, Грузія, Швеція, Фінляндія та Йорданія. Надання Україні статусу EOP є визнанням значного внеску нашої держави в зусилля Альянсу з підтримання міжнародного миру та безпеки, активної участі представників України в його програмах та ініціативах, а також важливості нашої держави для НАТО як прогнозованого партнера. Євроатлантичний вибір є найкращим способом реалізації національних інтересів України, оскільки відкриває нові перспективи співробітництва з розвинутими державами світу, надає можливості безпекового й економічного розвитку, зміцнює позиції країни в системі міжнародних відносин.

Тенденції розвитку Збройних сил України потребують комплексних, міждисциплінарних науково-аналітичних досліджень, визначення критеріїв щодо

підвищення якісних параметрів, що визначатимуть нове обличчя армії і флоту та зумовлять необхідність чіткого і детального з'ясування формально-змістовних параметрів розвитку армії як послідовних, системно пов'язаних дій, реалізація яких уможливила б перехід до сучасної професійної армії.

Забезпечення якісною медичною допомогою військовослужбовців у Збройних силах України та інших структурах сектора безпеки держави в контексті євроатлантичної інтеграції є пріоритетним напрямом стратегічного планування політики охорони здоров'я, якою передбачається поліпшення функціонування медичної галузі на основі підвищення якості медичної допомоги, створення системи, її забезпечення і контролю.

Проблема організації, управління й ефективного функціонування системи медичного забезпечення військовослужбовців існує не тільки в Україні, а й в інших країнах незалежно від їхньої політичної та ідеологічної орієнтації, типу системи охорони здоров'я тощо. Вирішення питання залежить від пріоритетних соціально-економічних цінностей суспільства, додержання принципів доступності та рівноправності в наданні медичної допомоги. Здоров'я нації та зусилля по його підтримці в загальносуспільному гуманістичному розумінні є неминущою цінністю.

Медична служба Збройних сил України на перших етапах свого становлення успадкувала принципи радянської військово-медичної доктрини, що потребують істотного коректування з урахуванням сучасних вимог. У даний час стоїть завдання докорінного реформування військової охорони здоров'я, метою якого є створення системи, яка б відповідала новим соціально-економічним умовам і сучасним завданням навчально-бойової підготовки військ. Реформа торкається управління, планування, фінансування, кадрової політики, оцінки кваліфікації, соціального захисту військових лікарів, середніх медичних працівників і хворих, матеріально-побутового і соціально-психологічного забезпечення. Вона передбачає перехід від відомчої до територіальної організації медичного забезпечення на рівні військових гарнізонів і визначених зон територіальної відповідальності, інтеграцію військово-медичної служ-

би із загальнодержавною системою охорони здоров'я, створення економічного механізму підвищення якості медичної допомоги.

У зв'язку з цим, підвищився інтерес до досвіду військово-медичних служб зарубіжних армій і, насамперед, до медичного забезпечення збройних сил НАТО. При здійсненні контактів з військово-медичними службами зарубіжних країн важливого значення набуває не механічне копіювання, а аналіз, узагальнення і критична оцінка їхнього досвіду. Його використання має бути зваженим, вибіркоким, враховувати специфіку вітчизняних збройних сил та медичного їх забезпечення, а також реальні економічні можливості держави.

Для забезпечення подальшого поступального розвитку, підвищення ефективності функціонування, особливо в умовах ринкової економіки, Збройні сили України та інші структури сектора безпеки держави постійно потребують реорганізаційних змін під час вибору шляхів подальшого вдосконалення та розвитку, урахування позитивного досвіду діючих систем організації та фінансування медичних служб збройних сил у різних країнах.

Охорона та зміцнення здоров'я людей є складовою частиною державотворення, соціальної політики, системи національної безпеки, найважливішою функцією держави. Проблеми збереження і зміцнення здоров'я населення країни, у т.ч. і військовослужбовців, настільки вагомі й актуальні, що становлять найважливішу функцію держави.

Інформація, яка представлена у спеціальному випуску журналу «Здоров'я суспільства», присвячена актуальним питанням удосконалення системи медичного забезпечення Збройних сил України та інших структур сектора безпеки держави.

Європейський вибір України зумовлює необхідність ретельного дослідження основних принципів охорони здоров'я в зарубіжних країнах і зокрема в країнах Європейського союзу.

**З повагою,
головний редактор журналу
академік НАН ВО України, професор
Олег ШЕКЕРА ■**

Короткий експурс – Україна



Україна – держава у Східній Європі, у південно-західній частині Східноєвропейської рівнини. Площа становить 603 628 км². Найбільша країна, чия територія повністю лежить в Європі, друга країна за величиною на європейському континенті, якщо враховувати Росію. Межує з Росією на сході і північному сході, Білоруссю на півночі, Польщею, Словаччиною та Угорщиною – на заході, Румунією та Молдовою – на південному заході. На півдні і південному сході омивається Чорним й Азовським морями.

Віддавна на території України існували держави скіфів, сарматів, готів та інших народів, але відправним пунктом української державності й культури вважається Київська Русь 9-13 ст. Після монгольської навали її спадкоємцем стало Руське королівство 13-14 ст. Воно було поглинуте сусідніми Литвою та Польщею, об'єднаними з 16 ст. у федерацію Річ Посполита.

Формування новітньої української нації припало на часи визвольної війни 1648-1657 рр. під проводом Богдана Хмельницького проти Речі Посполитої. Результатом війни стало заснування в Україні козацької держави Війська Запорозького. Через міжусобиці вона опинилася розділеною між Польщею та Росією. У 18 ст. козацька автономія була остаточно ліквідована російським царатом. Під час української революції початку XX ст. постало декілька національних держав: Українська Народна Республіка, Українська Держава, Захід-

но-Українська Народна Республіка, Кубанська народна республіка та ін. Внаслідок, поразки українських визвольних змагань 1917-1921 рр. ці держави були поглинуті сусідами: Радянською Росією, Польщею, Румунією і Чехословаччиною. На російській території була створена більшовицька Українська Радянська Соціалістична Республіка (УРСР), яка 1922р. увійшла до складу Радянського Союзу. Відлунням визвольних змагань стало проголошення незалежності Карпатської України в 1939 р., що була окупована Угорщиною. У ході Другої світової війни до УРСР була приєднана Західна Україна, а у 1954 р. – Крим. Сучасна держава Україна утворилася у результаті розпаду Радянського Союзу, скріпленого результатом волевиявлення української нації 1 грудня 1991 р.

Україна – унітарна держава. Вона складається з 24 областей, однієї автономної республіки Крим і двох міст з особливим статусом: Київ, столиця та найбільше місто, і Севастополь.

Україна є парламентсько-президентською республікою з окремою законодавчою, виконавчою та судовою гілками влади. Найвищим органом державної влади є Верховна рада України, а главою держави – Президент України.

Офіційною державною мовою є українська мова. Частина населення також говорить російською, румунською, польською та угорською мовами. ■

Шекера О. Г.^{1,2}¹ Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна² Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

МЕДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ НАТО

Резюме. Співробітництво з НАТО у військовій сфері розглядається як важливий елемент партнерства України з цією організацією, в цілому. Забезпечення якісною медичною допомогою військовослужбовців у Збройних силах України та інших структурах сектора безпеки держави в контексті євроатлантичної інтеграції є пріоритетним напрямком стратегічного планування політики охорони здоров'я. Мета. Визначити особливості розвитку медичного забезпечення Збройних сил НАТО, спрямованого на збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців та вплив на формування медичного забезпечення Збройних сил України. Результати. У даний час стоїть завдання докорінного реформування військової охорони здоров'я, метою якого є створення системи, яка б відповідала новим соціально-економічним умовам і сучасним завданням навчально-бойової підготовки військ. Реформа торкається управління, планування, фінансування, кадрової політики, оцінки кваліфікації, соціального захисту військових лікарів, середніх медичних працівників і хворих, матеріально-побутового і соціально-психологічного забезпечення. Вона передбачає перехід від відомчої до територіальної організації медичного забезпечення на рівні військових гарнізонів і визначених зон територіальної відповідальності, інтеграцію військово-медичної служби із загальнодержавною системою охорони здоров'я, створення економічного механізму підвищення якості медичної допомоги. Регламентуючим документом з питань збереження життя і здоров'я медичного складу, який служить інструкцією для командирів, медичних начальників усіх рангів та військово-медичного персоналу, є військово-медична доктрина. Висновки. Новизна даної інформації зумовлюється висвітленням реальних шляхів підвищення ефективності функціонування медичних служб Збройних сил України та інших структур сектора безпеки держави.

Ключові слова: медичне забезпечення; збройні сили НАТО

Багато урядів проводять аналіз стану збройних сил і військово-медичних служб своїх країн, а також прийнятності сучасних підходів до фінансування, організації і надання медичної допомоги військовослужбовцям.

Необхідно зазначити, що, незважаючи на наявність лише декількох теоретичних моделей організації систем медичного забезпечення збройних сил, спостерігається велика різноманітність цілей, методів і механізмів, що використовуються в різних військово-медичних службах для забезпечення їх ефективного функціонування.

На реформування військово-медичних служб збройних сил у кожній конкретній країні має вплив широкий діапазон чинників, включаючи макроекономічні умови, соціально-політичне середовище і суспільні цінності, поєднання економічних, соціальних, демографічних, управлінських, технологічних і ідеологічних умов. На процес проведення реформ безпо-

середньо впливає і структура збройних сил. Частіше за все основними чинниками, що визначають зміни, є всі, що хоча б трохи причетні до охорони здоров'я.

1. Військово-медична служба США

Медичну службу збройних сил США очолює помічник міністра оборони з питань охорони здоров'я (ПМООЗ) – Assistant Secretary of Defense (Health Affairs) через своє управління.

Юридично в його обов'язки входять планування, консультації, загальне керівництво медичним забезпеченням усіх збройних сил (ЗС), але фактично управління помічника міністра оборони з питань охорони здоров'я є лише органом координації і загального планування діяльності медичних управлінь збройних сил, що мають самостійні бюджети і високий ступінь автономії.

ПМООЗ є головою медичної ради департаменту оборони. До цієї ради входять начальники медичних

служб видів ЗС (за термінологією США – головні хірурги видів ЗС), медичний директор адміністрації у справах ветеранів, президент військово-медичного університету об'єднаних видів ЗС, помічники міністрів сухопутних військ, ВМС і ВПС з особового складу, представник голови комітету об'єднаних штабів. Рада є вищим дорадчим і координуючим органом військово-медичної служби. ПМООЗ юридично підпорядковані такі позавідомчі установи і служби: Інститут патології ЗС, Епідеміологічне бюро, Центр медичних інформаційних систем, Управління з питань розподілу поранених і хворих, Агентство по забезпеченню кров'ю, Військово-медичний університет об'єднаних видів ЗС.

Чисельність особового складу медичної служби становить близько 128.5 тис. військовослужбовців і приблизно така ж кількість цивільного персоналу. Військовослужбовці розподіляються таким чином: медичні установи – близько 13 тис.; установи стоматологічної допомоги – 3.7 тис.; корпус медсестер – 12 тис.; установи забезпечення медичної служби – 8 тис.; установи медичних фахівців вузького профілю – більше 1 тис. осіб; установи біологічних досліджень – близько 2.6 тис.; ветеринарна служба – більше 500 осіб; унтерофіцери, сержанти і рядовий склад – близько 88 тис. осіб.

Нині в системі медичного забезпечення ЗС США діють 116 госпіталів і близько 500 поліклінік.

Щорік безкоштовна медична допомога надається близько 8.5 млн осіб. До цього числа входять: військовослужбовці регулярних військ – близько 1.5 млн осіб; члени їх сімей (що проживають спільно або родичі, що знаходяться на їхньому утриманні, а також діти-студенти у віці до 21 року) – 2.3 млн.; особовий склад національної гвардії і резерву, а також члени їх сімей – більше 200 тис.; пенсіонери і члени їхніх сімей – 4,1 млн осіб; члени сімей загиблих військовослужбовців – більше 300 тис.; інші – близько 26 тис. осіб.

Річний бюджет медичної служби складає 9.5 млрд доларів.

Основними напрямками зниження витрат є наступні: широке використання цивільних медичних установ для лікування військовослужбовців і членів їхніх сімей там, де за фінансовими міркуваннями недоцільно розташовувати військові медичні установи;

підвищення якості лікування і профілактики, пропаганда здорового способу життя, особистої гігієни, фізичної культури;

зосередження медичних підрозділів у складі резерву армії, що істотно здешевлює їхнє утримання.

Медична служба сухопутних військ (СВ) очолюється начальником, який одночасно є головним хірургом СВ США й очолює медичне командування. Начальник медичної служби СВ призначається Президентом США і затверджується Конгресом. Управління медичної служби у своїй структурі має центр і школу медичного командування, шість регіональних медичних командувальних центрів здоров'я і превентивної медицини, командування науково-дослідних робіт і технологій, стоматологічне і ветеринарне командування.

Медичні командування. Центральне медичне командування включає всі лікувальні установи Управління, за винятком польових госпіталів. Окреслені основні завдання центрального медичного командування СВ США:

- планування медичного забезпечення військ;
- керівництво діяльністю усіх підрозділів медичної служби;

- організація медичного контролю за збереженням і зміцненням здоров'я особового складу, запобігання захворюванням та їхнє лікування;

- створення запасів медичного майна, організація його доставки військам і закладам, розробка пропозицій з питань удосконалення медичного постачання;

- визначення потреби в медичних спеціалістах та загальне керівництво їхньою підготовкою;

- ведення облікових і звітних документів стосовно діяльності медичної служби;

- організація медичного забезпечення військ на театрі воєнних дій;

- здійснення маневру силами та засобами (ресурсами) медичної служби.

Поряд із центральним, існує 6 регіональних медичних командувальних:

Південно-східне – Медичний центр Ейзенхауера (Форт Гордон, штат Джорджія); Західне – Медичний центр Медіген (Форт Льюїс, штат Вашингтон); Тихоокеанське – Медичний центр Триплер (Гонолуло, штат Гаваї); Північноатлантичне – Медичний центр У. Ріда (Округ Колумбія, м. Вашингтон) і Медичний центр Вумек (Форт Браг, штат Північна Кароліна); “Великих рівнин” – Медичний центр Брука (Форт Сем Х'юстон, штат Техас) і Медичний центр Б'юмонт (Форт Бліс, штат Техас); Європейське – Медичний центр Лендстул (м. Гейдельберг, Німеччина).

Штаб-квартири регіональних командувальних розташовуються в одному з медичних центрів СВ, а начальники цих центрів відповідно до організаційно-штатної структури є одночасно і начальниками регіональних медичних командувальних. Оскільки медичних центрів більше, ніж командувальних, деякі з них включають по два центри. Крім медичних центрів, до складу регіональних командувальних входять також територіальні військові госпіталі, поліклініки (центри здоров'я) і медичні пункти (амбулаторії).

Первинна медична допомога військовим надається в центрах здоров'я й амбулаторіях. Територіальні військові госпіталі (ТВГ), що мають від 50 до 100 ліжок, надають (кваліфіковану і просту спеціалізовану) стаціонарну допомогу. Звичайно ТВГ мають у своєму розпорядженні і амбулаторне відділення або філії лікарських прийомів у частинах та гарнізонах. Територіальні військово-медичні заклади, крім лікувальної допомоги, відповідають за впровадження програм здоров'я військовослужбовців, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у військових частинах (гарнізонах), стоматологічне і ветеринарне обслуговування, санітарну освіту, надання медичної допомоги іншим підлеглим контингентам (пенсіонери тощо).

Медичні центри. Особливе місце у військово-медичній службі займають медичні центри видів збройних сил. Існує 8 регіональних медичних центрів СВ, розташованих у різних регіонах країни, національний медичний центр ВМС у Бетезді і медичний центр ВПС. До функцій регіонального медичного центру СВ США належать:

спеціалізоване лікування поранених та хворих (5-й рівень лікувально-евакуаційного забезпечення під час війни);

військово-лікарська комісія;

консультативна допомога територіальним та польовим госпіталям і військовій ланці медичної служби (телемедицина);

підготовка військово-медичних спеціалістів;

науково-дослідна робота;

медична допомога ветеранам ЗС, членам сімей військовослужбовців і військових пенсіонерів.

Структуру та роботу армійських медичних центрів розглянемо на прикладі Армійського медичного центру імені Уолтера Ріда у Вашингтоні, який входить до складу Північноатлантичного Регіонального медичного командування. Це командування обслуговує територію 21 штату від Майн до Північної Кароліни і Міннесоти, а також м. Вашингтон. Через це командування проходить майже 25 % усіх пацієнтів зі складу СВ. Воно має два регіональні медичні центри (Уолтера Ріда і Вумек), а також 50 госпіталів і амбулаторій (медичних пунктів).

Медичний центр Уолтера Ріда складається з лікувального, науково-дослідного, навчального підрозділів, а також підрозділів обслуговування, відділу постачання, військово-медичного музею. Центр надає усі види спеціалізованої госпітальної (50 клінік) і амбулаторної допомоги військовослужбовцям дійсної служби, їхнім утриманням і пенсіонерам збройних сил. Госпіталь на 1280 ліжок може приймати на лікування щороку до 22 тис. осіб із 45 профілів. Середньорічна зайнятість ліжка становить 108 діб.

У 1998 р. 16 тис. осіб лікувалися в стаціонарі, а 750 тисяч отримали амбулаторну допомогу (співвідношення 1:47). Цей показник відповідає середньому співвідношенню стаціонарних і амбулаторних хворих у ЗС США.

Поліклініка центру має 64 лікарські кабінети, що забезпечують до 1 млн прийомів хворих на рік. Особи, які підлягають медичному обслуговуванню в лікувальних установах Міністерства оборони, повинні стати на облік в Patient Registration Desk (реєстратура), після чого їм видається пластикова електронна картка з ідентифікаційним номером. Наступний візит до лікаря не потребує проходження через реєстратуру, достатньо лише зателефонувати і назвати свій ідентифікаційний номер, окреслити скарги і записатися до фахівця. Після первинного огляду лікарем хворого, у разі необхідності, лабораторно обстежують з використанням автоматичних тест-систем, призначають повторні візити, ставлять діагноз і виписують необхідні ліки.

Медичний центр імені Уолтера Ріда має навчальну базу, що складається з клінік, навчальних класів, аудиторій, наукової бібліотеки. Тут проходять підготовку за ротатійною програмою, що охоплює 45 медичних спеціальностей, військові лікарі-інтерни. Окрім названого, центр має програми підготовки стоматологів, дієтологів, клінічних психологів і профпатологів, резидентуру та стипендіальні фонди з клінічної медицини, стоматології, фармакології, медичної адміністрації, санітарної освіти, служби крові, клінічної лабораторії, а також курси із сестринської справи.

Науково-дослідні інститути, що входять до складу медичного центру, здійснюють фундаментальні і прикладні дослідження з різноманітних розділів військової медицини. Пріоритетними напрямками НДР є розробка нових ліків, імунопрепаратів, експресних методів діагностики, вивчення ризикованих факторів військової праці, створення засобів хімічного і біологічного захисту, психологічні аспекти взаємодії військових колективів, бойовий стрес, глобальний і регіональний епідеміологічний нагляд.

Центр і школа медичного командування СВ розташовані у форті Сем Х'юстон (Техас) із філіями у форті Рюкер (Алабама) і Аврора (Колорадо). При школі існує Академія охорони здоров'я, де в резидентурі навчається 31 тис. осіб за 140 програмами тривалістю від двох тижнів до двох років. Ще 20 тисяч медичного персоналу щорічно проходять курси післядипломного вдосконалення. Головним є курс медичної допомоги при бойовій травмі.

Школа має філії в цивільних університетах, де здійснюється підготовка магістрів з медичної адміністрації, фізіотерапії, післянаркозного догляду, а також бакалаврів зі складу помічників лікарів. У філії, розташованій у форті Рюкер, розміщена школа авіаційної медицини, що готує авіаційних лікарів, авіаційних санітарів і медичний персонал повітряної медичної евакуації.

У школі та центрі медичного командування виконуються наукові дослідження щодо удосконалення системи управління медичною службою, підбору і розстановки кадрів, розробки військово-медичної доктрини.

Медична служба СВ США не має власних навчальних закладів для додипломної підготовки військових лікарів. Вона здійснюється у військово-медичному університеті об'єднаних видів ЗС у Бетезді, а також у цивільних університетах за контрактом з департаментом оборони. Післядипломна підготовка, стажування і спеціалізація військових лікарів здійснюються у регіональних медичних центрах, великих військових госпіталях і профільних клініках цивільної системи охорони здоров'я.

Центр здоров'я і превентивної медицини бере початок від створеної 55 років назад лабораторії промислової гігієни СВ. У сучасному вигляді існує з 1994 року. Штаб-квартира і головні підрозділи центру розміщені в Aberdeen Proving Ground (штат Меріленд). Основні завдання центру полягають у розробці програм з охорони здоров'я військовослужбовців; наданні технічної

допомоги при їхньому впровадженні; проведенні експертизи у таких галузях: гігієна військової праці, охорона навколишнього середовища, зміцнення здоров'я та добробуту, епідеміологічний нагляд, профілактика захворювань, лабораторна справа, токсикологія, медична готовність, медична розвідка.

Центр має у своєму розпорядженні висококваліфікованих фахівців, сучасну лабораторну базу для проведення вимірів рівня радіації; дослідження проб води, ґрунту і повітря; збору, аналізу та обробки інформації щодо факторів медичного ризику. Він підключений до глобальної системи оперативного цілодобового зв'язку, що сприяє швидкому одержанню відомостей і своєчасному реагуванню на несподівану несприятливу ситуацію. Одним з підрозділів центру є інститут охорони здоров'я і санітарної освіти з персоналом, що складається зі 106 осіб.

Стоматологічне командування розташовується у штаб-квартирі медичного командування у форті Сем Х'юстон (штат Техас) і здійснює загальне керівництво, планування і фінансування стоматологічної служби сухопутних військ США, дислокованих у країні та за її межами. Безпосереднє керівництво і контроль за діяльністю стоматологічних установ забезпечують 6 регіональних командувань, до складу яких входять 28 стоматологічних центрів, 24 поліклініки і 172 зуболікарські кабінети, які надають стоматологічну допомогу 450 тисячам військовослужбовців і 95 тисячам членів їхніх сімей щорічно. Персонал стоматологічного командування складається з 875 офіцерів-стоматологів, 1299 осіб сержантського і рядового складу та 1615 цивільних фахівців. У військовий час вони використовуються для роботи в госпіталях переднього краю як хірурги.

Ветеринарне командування розташовується у форті Сем Х'юстон, де розгорнута і центральна ветеринарна лабораторія. Воно здійснює стратегічне керівництво усіма ветеринарними установами і підрозділами СВ. Безпосереднє керівництво їхньою діяльністю покладене на 5 регіональних командувань, територія обслуговування яких збігається із зоною відповідальності медичних і стоматологічних командувань. Винятком є європейський регіон, у якому ветеринарна служба представлена тактичними підрозділами, що входять до складу 30-ї медичної бригади.

Основними завданнями ветеринарної служби є контроль якості і безпечності продуктів харчування, що поставляються 1800 фірмами; запобігання зоонозним інфекціям і заходи щодо їхньої ліквідації, ветеринарний нагляд за службовими собаками, в'ючними та кавалерійськими кіньми.

Медичне забезпечення Військово-морських сил США у мирний час здійснюється під керівництвом бюро медицини та хірургії ВМС. Бюро очолює віце-адмірал медичної служби, який одночасно є головним хірургом ВМС. На всіх військових кораблях є медичні пункти, на авіаносцях — лазарети. Їхній медичний персонал та штатне устаткування визначаються характером військового судна, чисельністю команди та осо-

бливостями завдання, що виконується. Тут надається перша лікарська допомога, при необхідності виконуються невідкладні хірургічні втручання, короткострокова госпіталізація хворих та поранених. Остаточне лікування пацієнтів та спеціалізована медична допомога морякам, персоналу морської піхоти та їхнім сім'ям надається у лікувальних закладах медичного департаменту ВМС.

Бюро також відповідає за впровадження програми здоров'я та первинних превентивних заходів. Лікувально-евакуаційне забезпечення спеціальних місій і операцій військово-морського флоту за межами США у мирний та воєнний час здійснюють госпітальні судна типу "Mercy" або "Comfort" ВМС США.

Найвищий рівень спеціалізованої медичної допомоги та всі види найскладнішого лікування надаються у Національному медичному центрі ВМС, який розташований в Бетезді (штат Меріленд). Цей унікальний медичний заклад має у своєму розпорядженні 50 амбулаторних кабінетів з лікарями-спеціалістами, які щороку приймають понад 500 тис. пацієнтів. Госпіталь також має 300 діючих ліжок-місць, але їхня кількість за необхідності може збільшуватись до 750. Щорічно клініки центру приймають на стаціонарне лікування біля 15 тис. пацієнтів, співвідношення амбулаторних та стаціонарних хворих складає 33:1. У центрі функціонує сучасна розгалужена діагностична служба, обладнана найдосконалішим медичним обладнанням, тест-системами, реактивами. У зв'язку з високою точністю та інформативністю методів діагностики кількість амбулаторних та апаратних обстежень на одного хворого не перевищує 6 (у госпіталях МО України 16-18), що дає змогу швидше надавати лікування та скоротити терміни перебування хворого у стаціонарі. Останніми роками вони становлять у середньому 4,5 днів (у лікувальних закладах МО України — понад 16). У медичному центрі ВМС широко застосовується практика лікування хворих у денних стаціонарах.

Крім основних контингентів, Центр надає медичну допомогу офіційним особам країни, включаючи Президента та Віце-президента США, членів Конгресу, Верховного суду та інших вищих осіб держави. За спеціальними погодженнями або договорами у Центрі можуть отримати лікування працівники іноземних державних дипломатичних та воєнних місій, акредитованих у США. Тут також ведеться післядипломна підготовка резидентів, інженерів та стипендіатів.

У складі медичного центру є стоматологічне командування ВМС, яке складається з управління, стоматологічних центрів, школи, п'яти філіалів, восьми кабінетів, двох сателітних прийомів, розміщених у різних містах. Така структура дає можливість надавати всі види спеціалізованої стоматологічної допомоги, здійснювати підготовку кадрів та їхнє удосконалення відповідно до сучасних вимог.

Структурною одиницею медичного управління ВМС є науково-дослідний інститут ВМС США, розташований у Бетезді. Основними напрямками його досліджень є бойова травма, інфекційні хвороби,

професійне здоров'я персоналу ВМФ, авіаційна медицина та людський фактор. Здійснюються також дослідження з космічної медицини, медичних проблем підводників та розробки нових методів лікування септичного і геморагічного шоку, трансплантацій органів та тканин.

Організаційна структура медичної служби ВПС США істотно не відрізняється від інших видів збройних сил. Вона очолюється начальником медичної служби (головним хірургом ВПС). У структурі служби є управління, медичний центр ВПС, госпіталі, науково-дослідний інститут ВПС, стоматологічні установи та навчальні заклади.

Перша лікарська допомога у мирний час надається в медичних пунктах ескадрилей та військово-повітряних баз. Великі бази мають гарнізонні госпіталі та лазарети. Кваліфіковану та елементи спеціалізованої медичної допомоги надають територіальні ВГ, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу – медичний центр ВПС.

Останніми роками проведена робота зі створення єдиної системи медичного забезпечення збройних сил (TRICARE), яка покликана усунути відокремленість медичних служб видів ЗС. Проте, незважаючи на бездоганну аргументацію переваг нової системи, її впровадженню перешкоджають прагнення командування і начальників медичних служб СВ, ВМС і ВПС зберегти можливу автономію. Разом з тим, у невідкладних випадках мирного часу, а також на період війни передбачені їхні органічна інтеграція і взаємодія.

Військово-медична доктрина США. Військово-медична доктрина США є частиною концепції військово-медичної готовності. Вона визначається як “Фундаментальні принципи, за допомогою яких збройні сили або їх елементи керують своїми діями, спрямованими на вирішення медичних завдань”.

Доктрина містить принципові положення, необхідні для досягнення основного завдання військово-медичної служби – забезпечення медичної готовності військ для успішного виконання миротворчих, поліцейських, гуманітарних місій та воєнних операцій, які здійснюються, головним чином, за межами США (включаючи райони з несприятливими кліматичними і санітарно-епідеміологічними умовами, ворожим ставленням частини місцевого населення).

Військова медицина в США розглядається як специфічна галузь, що займається запобіганням та лікуванням хвороб і травм, пов'язаних з виконанням військової служби й особливостями бойових дій.

У мирний час головним її завданням є підтримка необхідного рівня здоров'я і боєздатності особового складу ЗС шляхом впровадження програм здоров'я, проведення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, фізичних вправ, захисту від дії професійних шкідливостей, своєчасного надання медичної допомоги. У воєнний час головним завданням стає збереження життя максимальному числу поранених, зменшення інвалідності і повернення до лав якнайбільшого відсотка поранених і хворих.

Важливим завданням військової медицини в США є також надання медичної допомоги іншим визначеним категоріям (пенсіонерам і членам їхніх сімей, утриманням військовослужбовців, членам сімей військовослужбовців, які загинули при виконанні військових обов'язків).

Американські лідери вважають свою систему охорони здоров'я однією з кращих у світі, а військово-медичну службу найдосконалішою серед ЗС НАТО. Проте, війна у Перській затоці, яка відома під кодовою назвою “Буря в пустелі”, й інші наступні конфлікти виявили багато вразливих місць в організації медичного забезпечення військ США і змусили керівництво Пентагону засумніватися в надійності роботи системи військової охорони здоров'я в цілому. Зазначені запаси медичного майна і медикаментів у декілька разів перевищили дійсну потребу в них, що було пов'язано з неправильним прогнозуванням санітарних втрат. Згідно з розрахунками, експедиційний корпус США мав втратити не менше 60 тис. осіб убитими і 240 тис. пораненими. Фактично ці цифри становили 130 і 5 тис. осіб відповідно. У той же час, неефективно працювала система медичного захисту особового складу від хімічної (захисні костюми) та біологічної (вакцинація) зброї, а також від шкідливого для здоров'я солдат впливу несприятливих факторів навколишнього середовища (отруєння токсичними продуктами в результаті підпалу нафтових свердловин, контакт з епідеміологічно небезпечними гризунами і комахами, складні кліматичні умови пустелі).

Вказані та інші причини спонукали фахівців у середині 90-х років до розробки стратегічного плану створення нової військово-медичної системи (The Military Health System) замість існуючої військово-медичної служби (Military Health Service). Розробники плану вважають, що досягнення здоров'я як головної мети військової охорони здоров'я є дещо важливішим, ніж надання специфічного виду послуг. Відповідно до нової доктрини, діяльність військово-медичної системи для підтримки на належному рівні здоров'я особового складу ЗС, членів їхніх сімей та інших підлеглих категорій розглядається як важливий чинник гарантування національної безпеки країни.

Виходячи з цієї головної місії, військово-медична система бачиться як інтегрований, структурно і функціонально пов'язаний, укомплектований кваліфікованим персоналом і всіма необхідними засобами орган, створений командуванням ЗС в інтересах охорони здоров'я особового складу і підвищення боєздатності військ.

Стратегічний план створення нової військово-медичної системи ЗС США. Забезпечення необхідного рівня медичної готовності досягається професійним відбором осіб з вихідною медичною придатністю до певного виду військової служби, спеціальним тренуванням, захистом персоналу від ризиків військової праці, системою профілактичних заходів, доступністю усіх видів медичної допомоги для особового складу, впровадженням досягнень науки і техніки у практику військової охорони здоров'я.

Створення інтегрованої військово-медичної системи — це більш тісна взаємодія медичних служб трьох видів ЗС (дотепер вона була значною мірою формальною), підвищення рентабельності і якості медичної допомоги, що надається за принципами послідовності та наступності, починаючи від театру бойових дій до медичних центрів, від надання першої допомоги до комплексного моніторингу стану здоров'я і бойової готовності, від амбулаторного прийому військовослужбовця до висококваліфікованих медичних послуг усім контингентам.

Формування здорового способу життя військовослужбовця. Умови військової праці, складний і напружений характер сучасної війни пред'являють до військовослужбовця підвищені вимоги, які можуть бути виконані за умови повного його фізичного і психічного здоров'я та соціального добробуту, досягнення яких можливе лише за концентрації зусиль медичної служби і командування.

При цьому варто підкреслити, що у військових підрозділах і частинах ЗС США обсяг заходів превентивної медицини і їхня значимість перевищує всі інші розділи військової охорони здоров'я. Профілактична медицина тут трактується вельми широко і включає загальну профілактику, авіаційну і підводну медицину, медицину військової праці, санітарну інженерію, охорону навколишнього середовища, ентомологію, паразитологію, ветеринарний нагляд тощо.

Превентивна медицина має представництво в усіх військових частинах і гарнізонах. У кожній роті, розташованій в польових умовах, передбачена бригада санітарного благоустрою й утримання території. В значно більших військових формуваннях виділяються підрозділи і бригади санітарно-епідеміологічного нагляду, яким можуть підпорядковуватися місцеві ресурси (лабораторії), а також сили і засоби військово-медичних установ центрального підпорядкування (консультативна епідеміологічна служба медичних центрів, Центр здоров'я і превентивної медицини СВ). Персонал превентивної медицини є радником командування з питань охорони здоров'я і добробуту особового складу. У збройних силах країн НАТО командири всіх рангів несуть персональну відповідальність за збереження здоров'я і життя особового складу.

Удосконалення організаційної структури і ресурсів. Передбачається створення структури військово-медичної системи, яка б значно більше відповідала сучасним завданням, створення системи безперервного й адекватного медичного постачання на базі нових ресурсів і передових технологій. Розробляються досконаліші альтернативні аналітичні моделі для прийняття управлінських рішень, розрахунку потреб у кадрах та їхнього раціонального використання, потреби в лікувальних установах, їхньому табельному оснащенні і регулярному медичному постачанні, автоматизації діагностичного і лікувального процесів тощо.

Підвищення рівня теоретичної і практичної підготовки військово-медичного персоналу. Існуюча система підготовки військово-медичних не цілком

відповідає сучасним вимогам. План передбачає створення інтегральної системи додипломної підготовки, післядипломного удосконалення та спеціалізації практикуючих лікарів, медичних сестер, допоміжного персоналу, а також управлінського апарату, командирів військово-медичних підрозділів, частин і установ. Для досягнення цієї мети створюються різноманітні за змістом гнучкі навчальні програми, що поєднують навчання як у військових, так і цивільних навчальних закладах. Вони будуть ґрунтуватися на широкому використанні передових військово-медичних технологій, комп'ютерних імітаційних моделей, тренажерів та інших інновацій.

Інтегральна технологічна революція. Передбачається тісна інтеграція новітніх медичних технологій у практику військової охорони здоров'я з наступною порівняльною оцінкою ефективності роботи військово-медичної системи взагалі та окремих її ланок при використанні старих і нових технологій. Стратегічним завданням є упорядкування переліку передових військово-медичних технологій, плану їх придбання, установки і навчання медичного персоналу для користування ними.

Стратегічний план перебудови військово-медичної служби потребує підготовки нового покоління медичних фахівців і керівників різного рангу, здатних реалізувати переваги технологічного переозброєння системи медичного забезпечення ЗС. Тому план передбачає, поряд з іншими заходами, суттєві кадрові зміни.

Свідченням важливості стратегічного плану і серйозності ставлення керівництва департаменту оборони США до упорядкування подібних документів є те, що, починаючи з 1995 року, до цієї роботи були залучені 200 найбільш досвідчених військово-медичних і технічних експертів, а також спеціалістів приватних фірм та всесвітньо відомих прогнозистів. У лютому 1997 року на об'єднаній конференції медичних служб трьох видів ЗС були обговорені зауваження, що надійшли, і доповнення до проекту плану. Після доопрацювання робочими групами план стратегічного розвитку військово-медичної системи був поданий на затвердження керівництву міністерства оборони США.

Фактори, що визначають особливості медичного забезпечення збройних сил США. Чисельність збройних сил є фактором, що впливає на формування бюджету військово-медичної служби, її особового складу і обсягів медичного постачання.

Станом на 1989 р. загальна чисельність ЗС США становила 2 млн 130 тис. осіб. За останні 10 років відбулося скорочення чисельності ЗС до 982 тис. осіб. Але до цього числа варто додати 370 тис. членів національної гвардії і 544 тис. осіб резерву.

Звертає на себе увагу те, що при скороченні чисельності СВ на 36 % їхній бюджет за вказані вище роки зменшився лише на 23.5 % (з 78.6 млрд дол. у 1989 році до 60.1 у 1997 р.), а витрати на військову охорону здоров'я суттєво не змінилися.

Важливою складовою в забезпеченні необхідного рівня професійного здоров'я особового складу ЗС є фі-

нансування військових відомств у тій статті, що стосується утримання особового складу.

Середньорічні витрати на одного військовослужбовця в країнах НАТО складають 70 тис. дол. з коливаннями від 12.7 тис. (Туреччина) до 191.1 тис. (США). У Росії такі витрати складають приблизно 4 тис., в Україні — 1.55 тис. доларів США.

Дислокація військових контингентів і військових баз. Відповідно до зведень Пентагона, сухопутні війська США розташовуються на території своєї країни, а також у Центральній і Південній Америці, Європі, Східній і Південно-Західній Азії, регіоні Тихого океану, Африці та на Близькому Сході. На деяких з цих територій перебуває також військовий флот і бази ЗС США.

В окремі роки кількість американських військ за межами країни досягала 38% від загальної їх чисельності. Вказана широка географія, що включає дислокацію військ у місцевостях з жарким і вологим кліматом, багатих на отруйних тварин і рослини, з інтенсивним поширенням екзотичних інфекцій та інвазій, створює додаткові, часом непередбачені, проблеми для командування і військово-медичних служб. Вони пов'язані з адаптацією особового складу до незвичних кліматичних умов, труднощами в забезпеченні доброякісною водою і їжею, захистом від розповсюджувачів трансмісивних хвороб, необхідністю проведення постійної медичної розвідки, хіміопротекції та імунізації. Військові і цивільні особи США перед поїздкою за кордон забезпечуються інструкцією або пам'яткою під назвою “Медична інформація для міжнародних поїздок”, у якій є докладні відомості про ендемічні хвороби, характерні для різних країн, і подані рекомендації щодо їх запобігання, здійснюються також інші запобіжні заходи. Військовослужбовці США, відряджені в Україну, підлягають імунізації проти гепатиту А і Б, грипу і мають застереження щодо непридатності для пиття водопровідної води.

Частка сімейних військовослужбовців. Після введення в 1973 році добровільної армії частка сімейних серед особового складу військовослужбовців швидко досягла 60%. Нині на 495 тис. осіб дійсної служби СВ безкоштовне медичне обслуговування отримують понад 800 тис. членів їхніх сімей (у 1989 році їх кількість сягала 1121.1 тис. осіб). До цього слід додати 80 тис. членів сімей військовослужбовців, що загинули під час виконання своїх обов'язків; більше 400 тис. військових пенсіонерів і приблизно стільки ж членів їхніх сімей, які підлягають медичному обслуговуванню. У цілому ці контингенти займають 70% ліжкового фонду госпіталів і 61% усіх поліклінічних прийомів. В останні роки витрати на медичне обслуговування вказаних контингентів збільшилися у зв'язку з тенденцією до збільшення тривалості життя пенсіонерів і утриманців.

Залучення жінок до служби в збройних силах. У даний час у ЗС США служить понад 130 тис. жінок (13 % чисельності всього особового складу). Сьогодні їм надана можливість освоювати до 400 військових спеціальностей, включаючи військових пілотів, членів

команд підводних човнів та ін. У сухопутних військах служить приблизно 60 тис. жінок. Ця обставина вимагає створення і розширення специфічного виду медичної допомоги — акушерської і гінекологічної, амбулаторної і стаціонарної, а також підготовки відповідного військово-медичного персоналу.

Витрати на охорону здоров'я. Витрати на охорону здоров'я у провідних країнах НАТО набагато перевищують ці показники в Україні. Разом з тим, забезпеченість лікарями і рівень госпіталізації хворих в Україні вищий як в цілому серед населення, так і збройних силах.

Обставини, що склалися, пояснюються високою вартістю медичних послуг і ліків, а також насиченістю цивільних і військових лікувальних установ надто дорогими діагностичними, лікувальними й управлінськими технологіями, які далеко не завжди використовуються в інтересах хворого. Прагнучи зменшити витрати на охорону здоров'я, політичні лідери країни, законодавці, федеральна адміністрація, керівництво міністерства охорони здоров'я говорять про необхідність радикальної реформи цієї системи. Проте її проведенню перешкоджають впливові сили, для яких медицина стала видом найбільш вигідного бізнесу (заробітна плата Президента США становить 320 тис. доларів, Міністра охорони здоров'я — 130 тис., Президента Американської медичної асоціації — 450 тис., кардіохірурга приватного госпіталю — 900 тис. доларів на рік).

На сьогодні в США схвалена національна програма “Здоров'я для всіх”, достоїнством якої є проголошення пріоритету превентивної медицини над лікувальною. Відповідно до програми були створені і широко розпропаговані програми первинної, вторинної і третинної профілактики хвороб, здорового способу життя, фізичних тренувань, психологічної і психотерапевтичної допомоги, боротьби зі шкідливими звичками. Висока вартість стаціонарного лікування (від 300 до 600 дол. на добу у звичайному відділенні і 3000 дол. на добу у відділенні інтенсивної терапії) призвела до зміщення акценту на амбулаторне лікування і скорочення тривалості перебування хворого на ліжку в середньому до 6.3 доби. Усі ці нововведення торкнулися і військової охорони здоров'я.

На відміну від цивільної охорони здоров'я, військово-медична служба надає безкоштовну (або дуже дешеву), досить якісну і всебічну медичну допомогу в мінімальні терміни у будь-якому місці перебування військовослужбовця.

У частинах і гарнізонах СВ США створені центри фізичного розвитку й удосконалення, є велика кількість спортивних залів і майданчиків. У сухопутних військах затверджена “Програма зміцнення морального клімату, покращення соціально-побутових умов, організації відпочинку і розваг”. Вона реалізується за допомогою Центру спілкування і забезпечення. Одним з основних напрямків своєї діяльності командування СВ США вважає роботу із соціальними відхиленнями у військовослужбовців.

У листопаді 1987 р. введено в дію керівництво AR 600–63, основним змістом якого є програми заохочення здорового способу життя та забезпечення психічного здоров'я. Вони включають шість напрямків: боротьба з курінням, підвищення рівня фізичної підготовки, поліпшення харчування, протистресову підготовку, профілактику алкоголізму та наркоманії, запобігання перевантаженням. Іншою директивою (DA RAM 600–24) у вересні 1988 р. затверджена “Програма запобігання самогубству в армії”. Головні обов'язки щодо її реалізації покладені на психолога, соціального працівника, військового священика, начальників військової поліції та медичної служби. Командири підрозділів, у складі яких є військовослужбовці з нестійкою психікою, несуть особисту відповідальність за них і повинні регулярно доповідати командирів дивізії про їхній стан.

Соціальний захист військовослужбовців і членів їхніх сімей. Парламенти й уряди західних країн постійно вживають заходів для підвищення ролі ЗС у житті суспільства, популярності і престижності військової служби. У Німеччині правове, фінансово-економічне забезпечення і соціальний захист військовослужбовців регламентуються Конституцією, законами “Про статус військовослужбовця”, “Про оплату державних службовців”, спеціальною програмою “Привабливість військової служби”. Програма спрямована на поліпшення матеріального становища усіх категорій військовослужбовців, збільшення витрат на їхнє грошове, житлове і пільгове забезпечення.

Військово-політичне керівництво США також вважає соціально-побутове забезпечення військовослужбовців та членів їхніх сімей важливим елементом підтримки належного рівня морально-психологічного стану ЗС. Згідно з американськими статутами, соціально-побутові програми включають: житлове, продовольче забезпечення, речове постачання, оплату транспортних витрат, страхування на випадок травми чи втрати працездатності, медичне забезпечення, організацію дозвілля військовослужбовців, задоволення соціально-побутових і культурних потреб членів їхніх сімей.

Відповідно до законодавства США, особи, що перебували на дійсній військовій службі не менше 180 днів, у правах на пільги прирівняні до категорії “Ветеран Збройних сил США”. У випадку звільнення за інвалідністю, терміна вислуги мати не потрібно.

Офіцери ЗС США одержують за свою військову працю грошову винагороду, що дає змогу утримувати сім'ю, купувати житло, виплачувати внесок на страхування здоров'я. Усі військовослужбовці, члени їхніх сімей, пенсіонери МО користуються гарантованою безкоштовною медичною допомогою у будь-якому місці, де є медичні заклади МО або цивільні лікарні, з якими Міністерство оборони США уклало контракт.

У США нараховується понад 27 млн колишніх військових і приблизно 50 млн членів їхніх сімей, що користуються такими пільгами: виплата допомоги за інвалідністю і безробіттям, включаючи програми про-

фесійної реабілітації; допомога в одержанні освіти і працевлаштуванні; підтримка ветеранів війни, пільгове страхування; позики на будівництво і ремонт житла, ритуальні послуги.

Наведені приклади засвідчують, що керівництво країн НАТО у прагматичних цілях відмовились від невинновинного перекидання державної відповідальності за охорону здоров'я військовослужбовців на медичну службу. Значну частину турбот про стан здоров'я військових держава взяла на себе і реально забезпечила їх необхідними ресурсами.

Страхування здоров'я військовослужбовців здійснює програма “CHAMPUS” (The Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services). Подібна форма страхування кадрових військових здійснюється (свого роду відомче страхування) у Франції, Німеччині та Великобританії.

Ця програма дає можливість оплачувати членам сімей військовослужбовців, ветеранам ЗС і членам їхніх сімей більшу частину вартості медичних послуг, які вони отримують у цивільних лікувальних установах за контрактом із Департаментом оборони. На програму “CHAMPUS” щорічно витрачається до 2.5 млрд дол. з бюджету Департаменту оборони й Адміністрації у справах ветеранів. Ці кошти доповнюють фінансування зазначених вище програм медичного і соціального забезпечення підлеглих контингентів.

Фінансування військової охорони здоров'я США. У 1998 році бюджет військово-медичної служби США становив 16 млрд дол. При чисельності контингенту, який підлягав обслуговуванню, 8 млн осіб (військовослужбовці, пенсіонери Міністерства оборони і члени їхніх сімей) медичні витрати на 1 людину дорівнювали 2 тис. дол. на рік; у цивільній охороні здоров'я — 3 тис. доларів. Критично настроєні військово-медичні експерти вважали ці затрати надмірними і такими, що не зумовлюють покращення якості медичного забезпечення. Разом з тим, керівники медичних управлінь прагнули досягти такого рівня фінансування системи військово-медичного забезпечення, який існує в цивільному секторі охорони здоров'я. На їхню думку, тільки при затратах не нижче 3 тис. дол. на особу можна повністю вирішити всі проблеми охорони здоров'я у збройних силах.

Сили і засоби військово-медичної служби. У 1990 році загальна чисельність медичного персоналу (лікарі, стоматологи, медичні сестри, допоміжний персонал) нараховувала 170 тис. осіб. У наступні роки загальне скорочення чисельності ЗС торкнулося і військово-медичної служби, але не разюче. У даний час більш гострою є не стільки проблема її подальшого скорочення, скільки дефіцит висококваліфікованих військових лікарів (особливо хірургів, нейрохірургів, травматологів) і медичних сестер.

Зараз у ЗС на одного лікаря припадає 545 осіб, які підлягають медичному обслуговуванню, у цивільній охороні здоров'я один лікар обслуговує 420 чоловік. Протягом року військово-медичним персоналом проводиться 50 млн амбулаторних прийомів у 936

поліклініках і диспансерах, а 1 млн осіб одержують стаціонарне лікування в 168 госпіталах. При нормі середньорічної зайнятості лікарняного ліжка 300 днів і середньої тривалості перебування хворих з гострими захворюваннями 63 доби, розрахункова потреба ЗС у ліжковому фонді становить 21 тис. Фактично ж тільки госпітальна база медичного командування СВ США має 65 тис. ліжок, тобто формально вона є надлишковою. Згідно з офіційною статистикою, середньорічна зайнятість ліжка у госпіталах США не перевищує 56% від норми (в Україні, приблизно – 70%).

Лікарський корпус СВ складається із 45 лікарських спеціальностей (терапевти, хірурги, психіатри, акушери-гінекологи, кардіологи, нейрохірурги, окулісти, ЛОР-лікарі та ін.). Стоматологічний корпус нараховує 12 спеціальностей (терапевтична стоматологія, хірургічна стоматологія тощо), корпус ветеринарної служби – шість спеціальностей; корпус медичних фахівців має три спеціальності: профпатолог, фізіотерапевт і дієтолог; окремий корпус медичного сервісу включає 29 спеціальностей: військово-медичні адміністратори, фінансові контролери, фахівці з інформаційних систем, працівники відділу кадрів, плановики, офіцери відділу аеромедичної евакуації, мікробіологи, ентомологи, фармакологи, санітарні інспектори.

Комп'ютерне забезпечення військово-медичних служб. Медичні служби США та інших армій НАТО широко використовують комп'ютерні технології. У середині 80-х років в офісі помічника Міністра оборони з питань охорони здоров'я був створений Інформаційний центр військово-медичної служби (Defense Medical Systems Support Center) з річним бюджетом 100 млн дол. Центр складається з шести підрозділів, що працюють за такими напрямками:

інформаційне забезпечення й удосконалення структури медичної служби, управління її базою даних і системами зв'язку;

системні програми управління кадрами, централізованими довідковими системами і медичним архівом;

системні програми оцінки якості проектів технічного забезпечення медичної служби;

госпітальні системні програми автоматизованого діагностичного, лікувального процесів і постачання;

інформаційні системи управління медичними підрозділами і частинами;

інформаційне забезпечення стану підвищеної медичної готовності (використання автоматизованих систем при медичній евакуації, створенні запасів крові, переміщенні пацієнтів, управлінні роботою медичних складів тощо).

Центр веде розробку інтегрованої системи військово-медичної інформації (Composite Health Care System), що включає в себе автоматизоване адміністративне управління; комп'ютерну реєстрацію результатів аналізів; контроль за лікувальним процесом, витратою ліків і медичного майна; визначення потреб у продовольчому постачанні госпіталів тощо. Інформаційний обсяг системи дає змогу керувати діяльністю 750 військово-медичних установ, забезпечуючи роботою в

діалоговому режимі 150 тис. лікарів, адміністраторів, медичних сестер, працівників постачання.

Перед центром поставлені завдання, що знайшли своє відображення у Стратегічному плані медичної готовності (Medical Readiness Strategic Plan). Нові цільові завдання полягають у забезпеченні медичної служби надійними засобами глобальної системи зв'язку, що сприяють використанню оперативних медичних інформаційних систем, телемедицини й інших комп'ютерних програм, починаючи з театру воєнних дій і закінчуючи медичними центрами контингенту та штабом військово-медичного командування.

Найближчим часом передбачається заміна жетонів військовослужбовців електронними медичними картками, що містять медичні відомості, важливі для надання допомоги при травмі і наданні лікування. Впроваджені й електронні стоматологічні картки, що дають можливість швидко вводити, зберігати і передавати на будь-яку відстань відомості про патологію ротової порожнини, включаючи дані рентгенологічних обстежень. Впровадження таких карт в арміях інших країн набуває особливої ваги при виконанні спільних операцій багатонаціональними військовими підрозділами НАТО в різних регіонах світу. Різновидом електронної картки є індивідуальний моніторинг стану бійця (Personal Status Monitor), що буде входити в єдину систему надання швидкої й адекватної медичної допомоги на полі бою.

Дуже перспективними визнані інноваційні комп'ютерні алгоритми прийняття рішень при різноманітних видах бойової патології. Нині розроблено біля 200 варіантів таких алгоритмів. Вони використовують систему тестів, в основі яких лежить дерево альтернативних дій медичного персоналу залежно від конкретної ситуації з покроковим процесом прийняття рішень і можливістю внесення корективів на кожному етапі.

У військових госпіталах широко використовуються комп'ютеризовані прилади лабораторної клінічної діагностики, в яких підготовка проб, власне аналіз, видача і пересилка результатів за призначенням, самотестування вимірювальної системи, контроль за наявністю реактивів та інші процедури виконуються автоматично за допомогою вмонтованого процесора.

Перед командуванням медичних служб ЗС США й західних країн поставлено завдання обладнати медичну структуру такими інформаційними системами, які б дали змогу подальшого зменшення бюджетних асигнувань і скорочення ЗС істотно підвищити ефективність управління медичною службою і роботу всієї системи медичного забезпечення військ [1, 2, 3].

2. Медична служба Бундесверу

Вона очолюється головним хірургом, військове звання і посада якого еквівалентні до рівня начальника штабу відповідного виду ЗС. Робочим штабом головного хірурга Бундесверу є його офіс, що формує самостійний директорат (управління). Такий директорат поділяється на відділи: профілактичний (збереження

здоров'я і боєздатності) і медичної допомоги (лікувально-евакуаційне забезпечення і медичне постачання).

Профілактичний відділ займається запобіганням травм і захворювань, контролем за впровадженням програм фізичного і психічного здоров'я; гігієною військової праці.

Медичний відділ здійснює загальне керівництво і контроль за наданням усіх видів медичної допомоги й організацією медичного постачання. До його складу входять медичні установи центрального підпорядкування, медичні служби видів збройних сил, медична служба центрального апарату бундесверу і медична служба призовних комісій.

Медичні установи центрального підпорядкування надають медичну допомогу усім видам ЗС. До цих установ належать: Медична академія бундесверу в Мюнхені, Центральний госпіталь у Кобленці, сім інших госпіталів, Інститут медичної статистики й обробки бази даних у Ремагені, чотири центральні інститути військово-медичної служби і медичний центр у Бонні. Персонал установ центрального підпорядкування нараховує 2,7 тис. військових і 4 тис. цивільних осіб, зокрема — 1007 лікарів, 103 фармакологи, 31 стоматолог і 34 ветеринара.

Медична академія Бундесверу проводить післядипломну підготовку військово-медичного персоналу усіх видів ЗС на 130 різноманітних курсах, основним з яких є симпозіум із військово-польової хірургії. Академія є також провідним науково-дослідним центром у галузі медичного захисту від ядерної, хімічної та біологічної зброї.

Центральні інститути військово-медичної служби є міжвідомчими установами, що займаються проблемами польової гігієни, гігієною навколишнього середовища, контролем якості харчових продуктів і ліків, організацією постачання крові тощо.

Військова ланка медичної служби має таку структуру: в роті — санітарний інструктор і фельдшер; у батальйоні — лікар і пункт перев'язувальня; у бригаді — медичний пункт з хірургом. Догоспітальна ланка спеціалізованої допомоги представлена 13 амбулаторними центрами. Лише один такий центр виконує за рік більше хірургічних втручань, ніж центральний військовий госпіталь у Кобленці.

Центральний госпіталь Бундесверу оснащений сучасним устаткуванням та укомплектований найкваліфікованішими фахівцями. Як і всі військові госпіталі, він інтегрований у національну систему надання допомоги у разі катастроф. На території госпіталю існує вертолітна площадка, де двічі на тиждень ведеться цілодобове чергування. У приймальному відділенні госпіталю є протишокова палата, оснащена апаратурою для подачі наркозу, відновлення прохідності дихальних шляхів, припинення зовнішньої кровотечі і підтримки функції життєво важливих органів. Всією роботою з надання невідкладної допомоги керує черговий анестезіолог-реаніматолог. У разі необхідності проведення консультацій викликаються фахівці необхідного профілю.

Операційний блок цілком автономний та ізолюваний від інших відділень госпіталю. Він обладнаний шлюзовою системою прийому і передачі біксів зі стерильним інструментарієм, перев'язувальним матеріалом, операційною білизною. Кожна операційна герметична, уздовж стін зверху донизу надходить ламінарний потік стерильного повітря.

Відділення інтенсивної терапії розташоване на одному поверсі з операційним блоком і оснащено системами моніторингу за станом пацієнтів. Один хворий обслуговується однією медичною сестрою, а лікар веде трьох хворих.

У центральному й інших військових госпіталях відсутні "гнійні" операційні та відділення. Операції хворим з гнійною хірургічною інфекцією виконуються в загальних операційних з дотриманням ретельного режиму антисептики.

Інші госпіталі Бундесверу надають спеціалізовану медичну і стоматологічну допомогу всім військовослужбовцям, а також здійснюють практичну підготовку військово-медичного персоналу. У деяких госпіталях у мирний час готуються групи фахівців для роботи в польових лікувальних установах військових контингентів, які виконують різноманітні місії за кордоном. Ряд госпіталів мають реанімаційні автомобілі та вертольоти для евакуації постраждалих з осередків катастроф. Оснащення вертольота і реанімаційного автомобіля однотипне: загальне ліжко, окремі ліжка для відновлення дихання, невідкладної кардіологічної допомоги і реанімації дітей. Уся територія Німеччини поділена на зони, за кожною з яких закріплена відповідна цивільна лікарня або військовий госпіталь. Доставка хворих і постраждалих з будь-якої точки Німеччини займає не більше 45 хвилин. Уздовж автомобільних доріг розташовані спеціальні телефонні пристрої для швидкого виклику медичної допомоги.

Медична служба Бундесверу не надає медичну допомогу членам сімей військовослужбовців і військовим пенсіонерам, проте в інтересах практичної підготовки військово-медичного персоналу 30 % ліжок у військових госпіталях зайняті профільними цивільними пацієнтами, жертвами аварій, катастроф та інших нещасних випадків.

Медична служба сухопутних військ. Кожний батальйон має лікаря, який здійснює амбулаторний прийом у медичному пункті. У мирний час весь медичний персонал гарнізону зосереджений у гарнізонних медичних центрах, які, де це можливо, функціонують як міжвідомчі військово-медичні установи. Польова медична служба СВ представлена медичною бригадою і сімома медичними полками. У воєнний час вона підсилюється ще сімома додатковими госпітальними полками, що дає змогу надавати стаціонарну допомогу в 56 резервних госпіталях усіх видів ЗС.

Медична служба ВПС базується в основному на медичних ескадрильях, які, за можливості, виконують роль гарнізонних медичних центрів і міжвідомчих установ. Вони відповідальні за надання медичної допомоги відповідним формуванням ВПС у мирний і воєнний

час. В останньому випадку обсяг допомоги, що надається, обмежується реанімаційними заходами, стабілізацією життєвих функцій, включаючи проведення невідкладних хірургічних втручань.

Медична служба ВПС здійснює також супровід медичної евакуації на середні і дальні відстані. Авіаційні лікарі проводять моніторинг професійного здоров'я, лікування пілотів та інших авіаційних спеціалістів. Інститут авіаційної медицини ВПС виконує наукові дослідження з проблем аерокосмічної медицини.

Медична служба ВМС. На військово-морських базах ВМС існують гарнізонні медичні центри, що надають загальну лікарську допомогу. Перша лікарська допомога в умовах походу надається лікарем ескадри або бойового корабля. При необхідності стаціонарного лікування поранених і хворих направляють у лазарети кораблів бойової підтримки або на госпітальні судна союзників.

Інститут морської медицини є науковою установою, що здійснює дослідження проблем морської, підводної і водолазної медицини, а також центром лікування професійних захворювань і травм водолазів, обумовлених нещасними випадками. Окрім цього, інститут займається проблемами тропічної медицини.

Медична служба центрального апарату забезпечує амбулаторною медичною допомогою усіх військовослужбовців, які перебувають за кордоном, а також працівників центрального апарату Міністерства оборони і Генерального штабу.

Медична служба призовних комісій є інтегральною частиною адміністрації Бундесверу. Вона визначає медичну придатність молоді до служби в армії. Діяльність цієї служби контролюється головним хірургом Бундесверу [2].

3. Військово-медична служба Нідерландів

Нідерланди входять до складу НАТО. У мирний час чисельність збройних сил країни становить 25 тисяч військовослужбовців і 10 тисяч цивільних осіб. В об'єднаних збройних силах альянсу Нідерланди представлені нідерландсько-німецьким корпусом.

Медичну службу ЗС країни очолює головний хірург Міністерства оборони, який підпорядковується безпосередньо начальнику Генерального штабу, що знаходиться в Гаазі. Воєнна доктрина Нідерландів орієнтована на загальні оборонні дії та участь ЗС країни у миротворчих місіях. Цій концепції також підпорядковані завдання військово-медичної служби.

Для економії сил і засобів, а також для підвищення якості медичної допомоги служби окремих видів ЗС об'єднані в єдину систему, яка, у свою чергу, тісно інтегрована з цивільною системою охорони здоров'я. Це дає можливість направляти військових лікарів для роботи в медичні заклади Міністерства охорони здоров'я, а також широко використовувати персонал і базу цивільних лікарень для медичного забезпечення особового складу збройних сил і надання допомоги жертвам катастроф. При виконанні будь-якої місії ЗС,

незалежно від місця її здійснення, ставиться завдання стосовно досягнення якості медичної допомоги, яка не була б нижчою від стандартів цивільної охорони здоров'я.

Своєчасність, адекватність, наступність і достатність медичної допомоги військовослужбовцям досягається завдяки її ешелонуванню. Перший ешелон надає медичну допомогу на рівні батальйону або гарнізону (медичні пункти); другий – на рівні бригади (перев'язувальні пункти); третій – на рівні дивізії (мобільні госпіталі); четвертий ешелон відсутній; п'ятий представлений центральним військовим госпіталем в Утрехті на 50 ліжко-місць, який працює в тісному співробітництві з університетським госпіталем, що дає змогу, у разі необхідності, довести число ліжок до 300 [2].

4. Військово-медична служба Великобританії

Організаційна структура військово-медичної служби ЗС Великобританії має багато подібного з медичними службами інших країн Західної Європи, особливо тих, що є членами НАТО. Вона підпорядковується єдиному начальнику військово-медичної служби Міністерства оборони, який має у своєму розпорядженні військово-медичні відділи сухопутних військ, ВМС і ВПС з типовою структурою лікувальних закладів, стоматологічних установ, управління й установ медичного постачання, управління і закладів підготовки військово-медичного персоналу, відділів планування медичного забезпечення та відділу фінансів і безпеки.

Військово-медична служба Великобританії має широку інтеграцію з цивільною системою охорони здоров'я у галузі лікування особового складу ЗС та інших підлеглих контингентів, підготовки військово-медичного персоналу, наукових досліджень. В м. Мілленк відкрито медичну школу СВ (The Army Medical School). Вона здійснює післядипломну підготовку і спеціалізацію військових лікарів, які закінчили медичні факультети цивільних університетів.

Військовослужбовці ЗС Великобританії та члени їхніх сімей мають право на безкоштовне медичне забезпечення протягом усього терміну перебування на військовій службі. Окрім того, безкоштовне медичне забезпечення або частково оплачуване забезпечення медикаментами і санаторно-курортним лікуванням отримують військовослужбовці ЗС Великобританії при виході на пенсію (по закінченню повного терміну служби) та їхні дружини (чоловіки), інваліди збройних сил і учасники бойових дій.

У цілому медичне забезпечення військовослужбовців здійснюється згідно з принципами і вимогами військово-медичної доктрини Великобританії і НАТО [2].

5. Військово-медична доктрина і загальні принципи медичного забезпечення збройних сил

Військово-медична доктрина НАТО. Регламентуючим документом з питань збереження життя і здоров'я

медичного складу, який є інструкцією для командирів, медичних начальників усіх рангів та військово-медичного персоналу є військово-медична доктрина (Доктрина).

Існує декілька видів доктрин: Національна — єдина доктрина для всіх видів ЗС країни; Союзна доктрина країн-учасниць НАТО; Доктрина багатонаціональних сил, які включають НАТО та інші країни.

Багатонаціональні доктрини забезпечують необхідний рівень уніфікації та стандартизації, який сприяє ефективнішому і з меншими затратами виконанню спільного завдання, що стоїть перед медичними службами об'єднаних ЗС. Разом з тим, ці доктрини враховують особливості національних систем військової охорони здоров'я. Положення союзницьких чи партнерських доктрин сформульовані так, щоб національні пріоритети у медичному забезпеченні окремих країн-учасниць не перешкоджали взаємодії та співробітництву.

Західні військово-медичні доктрини виходять з того положення, що досягнення потрібного стандарту професійного здоров'я як важливої складової частини боєздатності військовослужбовців є спільним завданням командування, медичної служби та самого особового складу. Доктрина визначає їхні обов'язки, відповідальність та форми взаємодії у питаннях охорони здоров'я.

Професійне здоров'я визначається як відсутність захворювання при наявності певного рівня компенсаторних та захисних механізмів, які забезпечують високу боєздатність військовослужбовця у всіх умовах його професійної діяльності. Боєздатність західні експерти, як правило, відносять до особистих якостей військовослужбовця, які дають змогу йому виконувати завдання у складі підрозділу, а боєготовність — до військової організації (підрозділ, частина, з'єднання, установа). Її можливості виконати свою частку у бойовій операції. Проте такий розподіл не є загальноприйнятим у країнах альянсу.

Боєздатність розглядається як комплексне поняття, яке включає фізичне та психічне здоров'я, моральний дух, мотивацію служби в армії, загальну та бойову підготовку, професійні знання й уміння. Успішне виконання завдань медичної служби на театрі воєнних дій (ТВД) прямо залежить від організації медичного забезпечення ЗС у мирний час та в мобілізаційний період.

Медичне забезпечення збройних сил у період війни будується на базі військової охорони здоров'я мирного часу, перебудованої та посиленої для роботи в особливих умовах [2, 4, 5].

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Воробьев А. И. Меры по совершенствованию медицинской службы армии США / А. И. Воробьев // Военно-медицинский журнал. — 1992. — № 7. — С. 67-70. 164
2. Москаленко В. Ф. Медичне страхування — актуальна проблема військової медицини: стан і перспективи: інформаційно-аналітичний збірник / В. Ф. Москаленко, О. Г. Шеке́ра — К.: ВИДАВНИЧИЙ ДІМ ЕКМО. — 2008. — 330 с.
3. Сохин А. А. Англо-русское, русско-английское карманное пособие по военной медицине / А. А. Сохин: под ред. Р. Зайчука и Ю. Шевченко. — Вашингтон, [США] — 1996. — 124 с. 5.
4. Шеке́ра О. Г. Соціально-економічні аспекти формування системи медичного забезпечення ЗС України: монографія / О. Г. Шеке́ра. — К.: ЕКМО. — 2006. — 274 с.
5. O. G. Shekera, O. O. Shekera, G. Kirzhner. Conceptual approaches to developing military medical doctrine / Shekera O. G. // The Health of Society. — 2016. — № 3-4. P. 69-77.

Отримано / Received 09.08.2022

Рецензовано / Revised 17.08.2022

Прийнято до друку / Accepted 26.08.2022 ■

O. G. Shekera^{1,2}

¹Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²International Public Organization «International Association «Health of Society», Kyiv, Ukraine

THE NATO ARMED FORCES MEDICAL SUPPORT

Abstract. Background. Cooperation with NATO in the military sphere is considered an important element of Ukraine's partnership with this organization as a whole. Providing high-quality health care to servicemen in the Armed Forces of Ukraine and other the state security sector structures in the context of Euro-Atlantic integration is a priority area of strategic planning of health care policy. The purpose of the study was to determine the specifics of the development of the NATO Armed Forces medical support, aimed at saving and strengthening the health of servicemen and influencing the formation of the Armed Forces of Ukraine medical support. **Results.** Currently, there is a task of fundamental reform of military health care, the goal of which is to create a system that meets the new socio-economic conditions and modern tasks of the Armed Forces military training. The reform affects management, planning, financing, personnel policy, qualification assessment, social

protection of military doctors and patients, material and social and psychological support. It provides for the transition from a departmental to a territorial organization of health care at the level of military garrisons and designated areas of territorial responsibility, the integration of the military medical service with the National Health Care System, and the creation of an economic mechanism for improving the quality of health care. The Military Medical Doctrine is a regulatory document on matters of saving the life and health of medical personnel, which is as an instruction for commanders, medical chiefs of all ranks and military medical personnel. **Conclusions.** The novelty of this information is determined by highlighting real ways to increase the effectiveness of the functioning of the Armed Forces of Ukraine medical services and other the state security sector structures.

Keywords: medical support; NATO Armed Forces

Корнійчук О. П.¹, Толстанов О. К.², Шекера О. Г.^{2,3}, Царенко А. В.^{2,3}¹ Державна установа «Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи Національної академії наук України», м. Київ, Україна² Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна³ Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ПОТЕНЦІАЛ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МЕТРОПОЛІЇ МІСТА ОДЕСА В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Резюме. Актуальність. Незважаючи на щорічне збільшення фінансування системи охорони здоров'я України впродовж останніх трьох десятиліть, її спроможність надавати якісну, доступну і ефективну медичну допомогу населенню, у порівнянні з країнами Центральної і Східної Європи, є суттєво нижчою. Ситуація потребує удосконалення і покращання, що набуває особливої актуальності в умовах адміністративно-територіальної реформи, реформи органів місцевого самоврядування та в умовах воєнного стану. **Мета дослідження** – аналіз потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору м. Одеса та шляхів його приведення до потреб населення в умовах воєнного стану. **Матеріали та методи.** Для оцінки потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору м. Одеса досліджено показники коефіцієнтів викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. середньорічної чисельності населення в межах метрополійного простору у 2010-2013 рр., 2014 р., 2018-2020 рр. Проведено аналіз захворюваності (для осіб у віці 18 років і старше) на гіпертонію, ішемічну хворобу серця, інфаркт, інсульт, ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від СНІДу у 2010, 2013-2014, 2018-2020 рр. на 10 тис. середньорічної чисельності населення. **Результати.** У статті проведено аналіз стану і можливостей системи охорони здоров'я метрополії м. Одеса, враховуючи її вплив у трьох зонах тяжіння. До першої зони належить громада м. Одеси з радіусом впливу 15 км з відповідальністю за організацію надання первинної медичної допомоги. Друга зона охоплює Одеський район у радіусі 60 км і є відповідальною за надання спеціалізованої медичної допомоги. Третя зона з радіусом 300 км відповідає за організацію надання третинної медичної допомоги і включає в себе Одеську, Миколаївську та Херсонську області. В умовах широкомасштабної агресії РФ територія кожної з областей метрополійного регіону перебуває в зоні активних бойових дій. Суттєвий потенціал системи охорони здоров'я пов'язаний з вирішенням системної проблеми зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД. Впродовж останніх десятиліть м. Одеса має найвищі темпи збільшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД серед міст-метрополій – Києва, Харкова, Львова та Дніпра. Це стосується і захворюваності на інсульт у 2020 р., у порівнянні з 2019 р. Характерно, що ці показники, окрім Херсонської області, вищі, ніж в середньому по Україні. Найвищий рівень цих показників у м. Одеса свідчить про недостатній рівень надання, насамперед, первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини. Потенціал системи охорони здоров'я метрополійного регіону м. Одеса має бути реалізований на основі впровадження ефективної моделі координації підрозділів та закладів у сфері охорони здоров'я. Вона має базуватись на розробці та прийнятті ВР України Закону України «Про метрополізацію». **Висновки.** Розкриття потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору м. Одеса потребує координації діяльності центральної та місцевої влади щодо законодавчої і урядової підтримки розвитку метрополій. Пріоритетність має бути забезпечена шляхом продовження реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка була започаткована у 2014-2018 рр. передачею відповідальності за її організацію на громади. Актуальним є налагодження новоствореними районами організації надання вторинної медичної допомоги та третинної медичної допомоги в регіонах, що входять до зони метрополійного впливу. Особливої уваги потребує координація діяльності усіх видів надання медичної допомоги щодо зниження темпів поширення захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від гіпертонії в умовах пандемії COVID-19 та війни.

Ключові слова: система охорони здоров'я; метрополія; потенціал; м. Одеса

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2022

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2022

Для кореспонденції: Корнійчук Олександр Петрович, Державна установа «Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи Національної академії наук України», бульв. Т. Шевченка, 60, м. Київ, 01032, Україна; e-mail: idss-ukraine@ukr.net

For correspondence: Korniychuk O.P., M.V.Ptuha State Institution "Institute of Demography and Social Research of the National Academy of Sciences of Ukraine", blvd. T. Shevchenko, 60, Kyiv, 01032, Ukraine; e-mail: idss-ukraine@ukr.net

Вступ

Незважаючи на щорічне збільшення фінансування системи охорони здоров'я України впродовж останніх трьох десятиліть, її спроможність надавати якісну, доступну і ефективну медичну допомогу населенню, у порівнянні з країнами Центральної і Східної Європи, є суттєво нижчою. Ситуація потребує удосконалення і покращання, що набуває особливої актуальності в умовах адміністративно-територіальної реформи, реформи органів місцевого самоврядування та в умовах воєнного стану. Особливістю системи охорони здоров'я м. Одеса є те, що військові і цивільне населення та інфраструктура кожної із зон метрополійного тяжіння перебувають у зоні бойових уражень з боку РФ, а також окупація м. Херсона і значної частини цієї області. Це потребує максимально ефективної координації підрозділів охорони здоров'я, громад, районів та областей з боку департаменту охорони здоров'я та метрополії для забезпечення рівномірної, якісної і доступної медичної допомоги. Розкриття потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного регіону м. Одеса можливо лише за розблокування реформ у системі охорони здоров'я, які проводилися у 2014-2018 рр. Насамперед, це стосується створення дієздатних громад, які спроможні налагодити ефективне функціонування первинної медичної допомоги (ПМД) на засадах сімейної медицини та новостворених районів для налагодження сучасної організації надання первинної медичної допомоги.

Мета дослідження — аналіз потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору міста Одеса та шляхів його приведення до потреб населення в умовах воєнного стану.

Матеріали та методи

Для оцінки потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору м. Одеса досліджено показники коефіцієнтів викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. середньорічної чисельності населення в межах метрополійного простору у 2010-2013 рр., 2014 р., 2018-2020 рр. Проведено аналіз захворюваності (для осіб у віці 18 років і старше) на гіпертонію, ішемічну хворобу серця, інфаркт, інсульт, ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від СНІДу у 2010, 2013-2014, 2018-2020 рр. на 10 тис. середньорічної чисельності населення.

Результати та обговорення

Аналіз останніх досліджень і публікацій свідчить, що розкриттю потенціалу розвитку метрополійного простору, у тому числі у сфері охорони здоров'я, приділялась увага такими українськими дослідниками, як Ю. Пітюренком [1], М. Мельником [2], І. Савчуком [3], І. Бистряковим [4] та закордонними авторами — Е. Moraine [5], Р. Talor [6] та ін. Проте, дослідженню потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору приділяється недостатньо уваги.

Місто Одеса як метрополія виконує функцію перехрестя коридорів залізничного, автомобільного, авіа-

ційного сполучення, центру промисловості, науки, освіти, надання медичних послуг, міжрегіональних і міжнародних функцій, не будучи злитим із приміською зоною [1-4].

Для метрополії міста Одеси є характерними прямі трудові зв'язки населення навколишніх громад до обласного центру і низькі зворотні. До метрополійного простору м. Одеса у сфері охорони здоров'я входять заклади охорони здоров'я у трьох зонах тяжіння в межах відповідальності громад, районів і областей. Від метрополії існує потреба в координації їх діяльності.

Проведено порівняльний аналіз за 2010 р., 2013-2014 рр., 2018-2020 рр. коефіцієнтів викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. населення (табл. 1) метрополійного простору м. Одеса. Цей показник є одним з індикаторів доступності і якості первинної медичної допомоги та, певним чином, рівня медичної культури населення щодо своєчасності звернень до лікарів.

Поруч із Миколаївською областю в м. Одеса у 2010, 2013-2014 рр. були найвищі показники викликів екстреної медичної допомоги в розрахунку на 100 тис. середньорічної чисельності населення. Така ж тенденція для міста була збережена у 2018 р. У 2019-2020 рр. Миколаївська область мала найнижчі показники викликів екстреної медичної допомоги.

Згідно з оцінками фахівців, зменшення значень цього показника протягом кількох років, при дотриманні стандартів надання екстреної медичної допомоги, певним чином вказує на покращення надання, насамперед, первинної медичної допомоги. Його зростання свідчить про зворотні тенденції.

Динаміка зменшення викликів екстреної медичної допомоги у 2010, 2013-2014 та 2018 рр. спостерігалась у Херсонській і Одеській областях. У 2018 р. показники метрополії та областей (окрім Херсонської) в зоні її тяжіння були вищими, ніж у середньому по Україні (21107,5) (рис. 1).

У 2014 р. і в 2018 р. в м. Одеса зберігались найвищі показники викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. середньорічної чисельності населення серед метрополій (за 2019-2020 рр. відомості містом не надані) (табл. 2) [7, 8]. У порівнянні з метрополією м. Львова, у м. Одесі зберігаються вищі показники викликів екстреної медичної допомоги (табл. 2).

Проведено аналіз захворюваності (для осіб у віці 18 років і старше) на гіпертонію, ішемічну хворобу серця, інфаркт, інсульт, ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від СНІДу у 2010, 2013-2014, 2018-2020 рр. на 10 тис. середньорічної чисельності населення на фоні змін медичного персоналу у первинній медичній допомозі та частки осіб пенсійного віку метрополій. (табл. 3).

У 2020 р., у порівнянні з 2010 р., зберігалась тенденція зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД у 2,4 та 2,1 рази; у 2020 р., у порівнянні з 2019 р. — 19,8 % / 6,3 % та на інсульт на 3,8 % [7, 8].

Позитивні тенденції у діяльності системи охорони здоров'я міста Одеса, насамперед, спостерігались у період 2014-2018 рр. Це стосувалось зменшення захворюваності на гіпертонію на 4,4 % (у 2018 р., у порівнянні з

Таблиця 1. Коефіцієнт викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. середньорічної чисельності населення в зоні метрополійного тяжіння м. Одеса у 2010, 2013-2014, 2018-2020 рр. [7, 8]

2010			2013		
Метрополія однополіусна (1-3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Показник області із зони метрополійного тяжіння до метрополії, %	Метрополія однополіусна (1-3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Показник області із зони метрополійного тяжіння до метрополії, %
Одеса	58143	100	Одеса	23848,6	100,0
Одеська	24248,8	41,7	Одеська	23821,7	99,9
Миколаївська	30618,1	52,7	Миколаївська	30580,5	128,2
Херсонська	29228,0	50,3	Херсонська	23249,4	97,5
2014			2018		
Метрополія однополіусна (1-3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Показник області із зони метрополійного тяжіння до метрополії, %	Метрополія однополіусна (1-3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Показник області із зони метрополійного тяжіння до метрополії, %
Одеса	26354,9	100,0	Одеса	28660,0	100
Одеська	23171,8	87,9	Одеська	21222,2	74,0
Миколаївська	29237,9	110,9	Миколаївська	21992,0	76,7
Херсонська	18869,4	71,6	Херсонська	20677,0	72,1
2019			2020		
Метрополія однополіусна(1-3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Показник області із зони метрополійного тяжіння до метрополії, %	Метрополія однополіусна (1-3 зони тяжіння)	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Показник області із зони метрополійного тяжіння до метрополії, %
Одеса*	-	-	Одеса*	-	-
Одеська	20840,7	-	Одеська	18429,6	-
Миколаївська	19958,3	-	Миколаївська	16481,0	-
Херсонська	19727,5	-	Херсонська	18711,4	-

Примітка 1. * відомості містом не надані; за 2021 р. інформація відсутня.

Таблиця 2. Коефіцієнт викликів екстреної медичної допомоги на 100 тис. середньорічної чисельності населення метрополій міст Одеси і Львова у 2010, 2013-2014, 2018-2020 рр. [7, 8]

Метрополії	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Метрополії	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення	Метрополії	Коефіцієнт викликів на 100 тис. середньорічної чисельності населення
2010		2013		2014	
Одеса	5934,3	Одеса	23848,6	Одеса	26354,9
Львів	20080	Львів	22230	Львів	21788
2018		2019		2020	
Одеса	28660,0	Одеса *	-	Одеса *	-
Львів	18434	Львів **	4459,9	Львів **	4122,3

Примітки: * - відомості містом не надані; за 2021 р. дані відсутні; ** - відомості некоректні.

2010 р., на 6,1 %), на ішемічну хворобу серця – на 3,8 % (2018 р., у порівнянні з 2010 р., на 3,4 %), а на інфаркт – на 15,3 %, у 2020 р., у порівнянні з 2019 р. – зменшення на 23 % [7, 8]. В умовах COVID-19 пандемії у 2020 р., у порівнянні з 2019 р. (56,7 і 54,0) має місце зростання на 5 % показників смертності у зв’язку із захворюваністю на інсульт [7, 8].

У 2018 р., у порівнянні з 2010 р., зросла чисельність лікарів первинної медичної допомоги на 5,9%. В умовах COVID-19 пандемії у 2020 р., у порівнянні з 2019 р., кількість викликів невідкладної медичної допомоги (518,5 і 284,9) зросла на 82 % [7, 8].

Зазначені процеси проходять на фоні зростання частки пенсіонерів у загальній чисельності населення у 2020 р., у порівнянні з 2010 р., на 16%. У порівнянні з іншими метрополіями – Києвом, Дніпром, Харковом, Львовом – Одеса посідала з 2010 р. по 2020 р. останнє та передостаннє місце серед цих міст у зв’язку з одним із найвищих темпів захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД; з 2010 р. по 2018 р. – по захворюваності на інсульт [7, 8].

У ході надання третинної медичної допомоги в громадах

Одеської, Миколаївської, Херсонської областей використовується високовартісне медичне обладнання. Воно нерідко простоє у зв’язку з відсутністю належного навантаження. Зазначене є причиною необґрунтованих витрат фінансових ресурсів і пов’язано з відсутністю належної координації закладів охорони здоров’я метрополії м. Одеси і закладів охорони здоров’я громад, міст, сіл, селищ вищезазначених областей при збереженні принципу субсидіарності. В

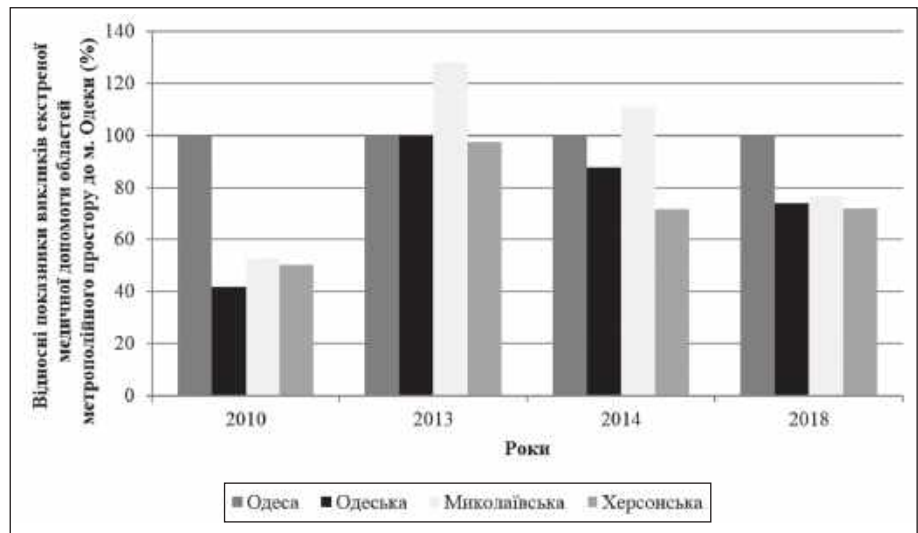


Рисунок 1. Відносні показники викликів екстреної медичної допомоги областей метрополійного простору м. Одеса у 2010-2018 рр. (%) [7, 8]

Примітка 1. * відомості містом не надані; за 2021 р. інформація відсутня.

Таблиця 3. Чисельність лікарів ПМД, частка пенсіонерів у середньорічній чисельності населення, а також хворих (18 років і старше) на гіпертонію, інсульт, інфаркт, ішемічну хворобу серця; ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертність від СНІД на 10 тис. середньорічній чисельності населення м. Одеса [7, 8]

Метрополії	Чис. лікарів ПМД (первинної медичної допомоги)	Частка пенсіонерів	Кіл-ть хворих на гіпертонію	Кіл-ть хворих на інсульт	Кіл-ть хворих на інфаркт	Кіл-ть хворих на ішемічну хворобу серця	Кіл-ть хворих на ВІЛ-інфекцію / СНІД	Показник смертності населення у зв'язку з захворюванням на СНІД
2010								
Одеса	5,89	21,9	3107,1	26,8	14,4	2295,7	54,5 / 26,6	1,44
2013								
Одеса	5,78	22,8	3136,1	26,1	16,2	2397,1	85,1 / 20,3	1,2
2014								
Одеса	5,91	23,0	3050,7	26,3	14,4	2305,5	96,8 / 26,6	2,13
2018								
Одеса	6,24	24,1	2915,2	29,1	12,2	2217,3	119,5 / 50,5	1,11
2019								
Одеса	4,38	25,0	2582,2	30,2	12,2	1979,1	110,3 / 52,0	1,38
2020								
Одеса	4,44	25,4	2103,6	27,1	9,4	1546,4	132,2 / 55,3	1,25

Примітка 1. * відомості за 2021 р. відсутні.

успішних країнах це регламентується законами і постановами урядів «Про метрополізацію».

Для м. Одеси аналогом є успішна метрополія м. Марселя. Належна координація генеральних планів розвитку громад дозволила налагодити спільну діяльність із залученням управлінців, економістів, юристів, підприємців і створити максимально сприятливі умови для інвестицій, у тому числі, у проекти сфери охорони здоров'я. Зменшено витрати у зв'язку з недопущенням дублювання у фінансуванні будівництва закладів.

При вирішенні завдань розвитку системи охорони здоров'я слід враховувати позитивні зміни, які пов'язані з розгортанням первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в м. Одесі та інфраструктури екстреної медичної допомоги. Для приведення потенціалу розвитку метрополії Одеси до кращих світових практик доцільно розробити і застосувати дієву модель розвитку системи охорони здоров'я. Особливо актуальним є запровадження «Стратегії профілактичної медичної допомоги у м. Одеса до 2030 р. по зниженню захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД».

Також актуальним є прийняття Верховною Радою України Закону України «Про метрополії» та затвердження Кабінетом Міністрів України відповідних нормативно-правових актів.

Висновки

Розкриття потенціалу системи охорони здоров'я метрополійного простору м. Одеса потребує координації діяльності центральної та місцевої влади по законодавчій і урядовій підтримці розвитку метрополій. Пріоритетність має бути забезпечена шляхом продовження реформування первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини, яка була започаткована у 2014-2018 рр., передачею відповідальності за її організацію на громади. Актуальним є налагодження новоствореними районами організації надання вторинної медичної допомоги та третинної медичної допомоги в регіонах, що входять до зони метрополійного впливу. Особливої уваги потребує координація діяльності усіх

видів надання медичної допомоги по зниженню темпів поширення захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та смертності від гіпертонії в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Пітюренко Ю. І. Системи розселення і територіальна організація народного господарства / Ю. І. Пітюренко. — Київ: Наукова думка, 1983. — 140 с.
2. Мельник М. І. (ред.) Метрополійні функції великих міст України: потенціал розвитку та перспективи реалізації: монографія / М. І. Мельник (ред.). — Львів: Державна установа «Інститут регіональних досліджень ім. М. І. Долишнього НАН України». — 2016. — 552 с.
3. Savchuk I. The role of foreign economic relations in the formation of metropolitan regions / I. Savchuk // Visnyk Kyivskogo Nacionalnogo Universytetu imeni Tarasa Shevchenka Geografiya. — 2018. — № 2(71). — P. 23–29.
4. Бистряков І.К. Простір розвитку найбільшого міста: філософський дискурс / І.К. Бистряков // Матеріали IV Міжнародних філософсько-економічних читань, 18–20 травня 2011 р., м. Львів. — Львів, 2011. — С. 335–341.
5. Морен Е. Шлях у майбутнє людства. — Київ: Ніка-Центр. — 2014. — 256 с.
6. The world according to GaWC 2018 [Електронний ресурс] // <https://www.lboro.ac.uk/gawc/world2018t.html> (дата звернення: 08.12.2021). — Назва з екрана
7. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.

Отримано / Received 18.07.2022

Рецензовано / Revised 27.07.2022

Прийнято до друку / Accepted 01.08.2022 ■

O. P. Kornychuk¹, O. K. Tolstano², O. G. Shekera^{2,3}, A. V. Tsarenko^{2,3}

¹M.V.Ptuha State Institution "Institute of Demography and Social Research of the National Academy of Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

²Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine

³International public organization "International Association "Health of Society", Kyiv, Ukraine

THE POTENTIAL OF THE ODESA CITY METROPOLITAN HEALTHCARE SYSTEM UNDER THE CONDITIONS OF MILITARY STATUS

Abstract. Background. Despite the annual increase in financing of the Ukrainian Healthcare System over the past three decades, its ability to provide high-quality, affordable and effective medical care to the population, compared to the countries of Central and Eastern Europe, is significantly lower. The situation needs perfecting and improving, which becomes especially relevant in the conditions of administrative and territorial reform, reform of local self-government bodies and in conditions of military status. The purpose of the study is to analyze the potential of the Odesa city metropolitan area Health-

care System and the ways of bringing it to the needs of the population in the conditions of military status. **Materials and methods.** To assess the potential of the Odesa city metropolitan area Healthcare System the coefficients of emergency medical care calls indicators per 100,000 average annual population within the metropolitan area in 2010-2013, 2014, 2018-2020 were analyzed. An analysis for hypertension, coronary heart disease, heart attack, stroke, HIV-infection/AIDS morbidity and deaths from AIDS in 2010, 2013-2014, 2018-2020 per 10 thousand average annual population (for persons aged 18

years and older) was carried out. **Results.** The article analyzes the state and capabilities of the metropolis of Odesa city Healthcare System, taking into account its influence in three areas of attraction. The Odesa community with a radius of influence of 15 km and responsibility for the organization of primary health care belongs to the first zone. The second zone covers Odesa district within a radius of 60 km and is responsible for providing specialized medical care. The third zone with a radius of 300 km is responsible for the organization of tertiary medical care and includes Odesa, Mykolaiv and Kherson regions. In the conditions of large-scale aggression of the Russian Federation, the territory of each of the regions of the metropolitan region is in the zone of active hostilities. The significant potential of the health care system is related to solving the systemic problem of reducing the incidence of HIV-infection/AIDS. During the last decades, the Odesa city has the highest rate of increase in the incidence of HIV-infection/AIDS among the metropolitan cities – Kyiv, Kharkiv, Lviv and Dnipro. This also applies to the incidence of stroke in 2020, compared to 2019. It is characteristic that these indicators, except for the Kherson region, are higher than the average for Ukraine. The highest level of these indicators in the Odesa city indicates an insufficient level of

providing, first of all, primary health care on the basis of family medicine. The potential of the the metropolis of Odesa city Healthcare System must be realized on the basis of the implementation of an effective model of coordination of units and institutions in the field of health care. It should be based on the development and adoption by the Verkhovna Rada of Ukraine of the Law of Ukraine "On Metropolization". **Conclusions.** The metropolis of Odesa city Healthcare System potential disclosure requires coordination of the activities of the central and local authorities regarding legislative and governmental support for the development of metropolises. The priority should be ensured by continuing to reform primary health care on the basis of family medicine, which was initiated in 2014–2018 by transferring responsibility for its organization to communities. It is urgent that the newly created regions organize the provision of secondary health care and tertiary health care in the regions included in the metropolitan influence zone. Special attention needs to be paid to the coordination of activities of all types of medical assistance in order to reduce the rates of HIV-infection/AIDS morbidity and mortality from hypertension in the context of the COVID-19 pandemic and war.

Keywords: health care system; metropolis; potential; Odesa



<https://www.youtube.com/channel/UC6ujOeLYRiwi9pdhrMBtDGg>

ВОЄННО-МЕДИЧНА ДОКТРИНА УКРАЇНИ

Важливою складовою та ресурсом національної безпеки України є здоров'я її громадян, у тому числі, військовослужбовців Збройних Сил України та інших структур сектору безпеки держави.

Провідним стратегічним завданням держави, важливою складовою та ресурсом національної безпеки України є постійна турбота про поліпшення здоров'я кожного військовослужбовця, забезпечення ефективної діяльності системи медичного забезпечення військ як сукупності загальнодержавних та галузевих медично-соціальних заходів, створення для військовослужбовців широкої доступності медичної допомоги у воєнний час.

Виконання зазначених функцій держави в умовах воєнного стану потребує об'єднання спроможностей і зусиль медичних служб Збройних Сил України та інших структур сектору безпеки держави, а також відмобілізованих установ, закладів цивільної охорони здоров'я та медичних організації інших форм власності в рамках єдиного медичного простору основним нор-

мативно-правовим документом — Воєнно-медичною доктриною України.

Воєнно-медична доктрина України — це сукупність науково обґрунтованих принципів, що визначають систему і методи медичного забезпечення бойових дій військ у конкретних історичних умовах, які включають засоби і методи збройної боротьби, рівень медичної науки і практики, стан сил і засобів, а також особливості театрів воєнних дій.

Правовою основою її розроблення є Конституція України, закони України, Воєнна доктрина України та інші нормативно-правові акти з питань охорони здоров'я в Україні, оборони держави і застосування збройних сил.

Проект «Воєнно-медичної доктрини України» опубліковано в газеті «Новини медицини та фармації» №1 (525), 2015, в журналі «Здоров'я суспільства» № 5-6, 2021 та на сайті НУОЗ України імені П. Л. Шупика українською та англійською мовами (2022). ■

УДК 616-001.4-057.36:355.422

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.11.2.2022.295>

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ (презентація)



Директор Інституту сімейної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика, академік НАН ВО України, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України (2022 р.)



Заступник начальника УВМА з наукової роботи – начальник військово-медичного центру полковник медичної служби запасу (2002 р.)



Начальник медичної служби мотострілецької бригади (Афганістан, 1984-1986 рр.)

Мій особистий досвід організації медичного забезпечення медичної служби різних бригад під час війни в Афганістані (1984-1986 рр.) 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.

2

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РОСІЙСЬКЕ ВТОРГНЕННЯ В УКРАЇНУ

Російське вторгнення в Україну 2022 р. — відкритий військовий напад РФ за підтримки Білорусі на Україну, початий о 3:40 24 лютого 2022 р. Вторгнення є частиною російсько-української війни, розв'язаної Росією 2014 р., участь у якій РФ намагалася заперечувати. У документах російське вторгнення в Україну 2022 р. розглядають як агресивну війну Росії проти України. Генеральна асамблея ООН у своїй резолюції від 2 березня 2022 р. засудила російське вторгнення в Україну та назвала його агресією Російської Федерації проти України.



Війна, що розгорнулася на теренах України, спровокована збройним нападом Збройних сил Росії з використанням найманців, є найтяжчими в Україні з часів Другої світової війни. Як вважають військові експерти, аналогів цій війні немає у світі, оскільки одночасно використовуються Збройні сили Росії, збройні формування українських сепаратистів, різноманітних найманців сусідніх країн, які підтримані державним керівництвом Росії, забезпечуються зброєю та боєприпасами, а її збройні сили беруть безпосередню участь у бойових діях та окупації території України, що визначає рівень безповоротних і санітарних втрат військовослужбовців ЗСУ та населення.

3

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005. https://uk.wikipedia.org/wiki/Російське_вторгнення_в_Україну_2022

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗА ОЦІНКАМИ УКРАЇНИ, З ПОЧАТКУ ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ РОСІЇ ЗАГИНУЛИ ВІД 2500 ДО 3000 УКРАЇНСЬКИХ ВІЙСЬКОВИХ



15.04.2022. За словами Володимира Зеленського, близько 10 тис. українських військових зазнали поранень, і "важко сказати, як багато з них виживуть". Водночас порахувати кількість загиблого цивільного населення важче.

"Дуже важко говорити про цивільних, бо південь нашої країни, де заблоковані міста й містечка - Херсон, Бердянськ, Маріуполь далі на схід, а також район на схід від Волновахи - ми просто не знаємо, скільки людей померли в тих заблокованих районах", - сказав президент.

Востаннє втрати серед українських військових Володимир Зеленський називав ще 12 березня 2022 р. - тоді йшлося про близько 1300 загиблих.

Водночас, за даними різних інформаційних джерел, з початку вторгнення в Україну, **РОСІЯ ВТРАТИЛА ПОНАД 20,5 ТИС. ВІЙСЬКОВИХ ТА БІЛЬШЕ 61,5 ТИС. ПОРАНЕНИХ.**

4

Джерело: <https://suspike.media/229242-zelenskij-za-das-vijni-zagинуli-do-3000-ukrainskih-vijskovih/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ. СУЧАСНІ ВИДИ ЗБРОЇ



Розвиток військової техніки й озброєння, способи та методи його бойового використання тягнуть за собою **загальні втрати** особового складу військ (безповоротні та санітарні).

Використання противником **ядерної, хімічної зброї та 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.



Це, у свою чергу, визначає особливості організації та надання у догоспітальний період першої медичної, допікарської та лікарської допомоги, а також шпитальної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги як цивільними установами галузі охорони здоров'я країни, так і військово-медичними закладами ЗСУ на етапах лікувально-евакуаційного забезпечення.

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

5

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗАГАЛЬНІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИНИКНЕННЯ І РОЗРАХУНКУ САНІТАРНИХ ВТРАТ



Наразі інформація про санітарні втрати в Україні має бути не менш засекреченою, аніж дані про розташування наших військ та про постачання нам зброї та боєприпасів.

Така інформація дуже багато дає ворожим штабістам для планування операцій (так само як нам дані про втрати противника потрібні далеко не лише для пропаганди). Це дуже цінна для ворога інформація, і її ні в якому разі не слід йому давати. Ні про загальні втрати, ні про втрати на окремих напрямках чи в конкретних боях.

Тому **сьогодні ми поговоримо про загальні підходи щодо виникнення і розрахунку санітарних втрат**. А також аналіз санітарних втрат у минулих війнах, з метою реагування системи медичного забезпечення бойових дій на теренах України.

6

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ТРОХИ ІСТОРІЇ



Слід зазначити, що під час Другої світової війни кількісне співвідношення вбитих та поранених бійців Червоної армії становило 1:2, тоді як під час війни в Іраку (2003–2011 рр.) серед збройних сил США таке співвідношення становило 1:8. Станом на квітень 2009 р. втрати військ США в Іракській війні становили: загиблих – 4266 осіб, поранених – 31 153 особи. У той же час, за інформацією іракського відомства з прав людини жертви серед мирного населення, армії і поліції в Іраку з початку 2004 р. по кінець жовтня 2008 р. становили – 85 694. Число поранених за цей час оцінюють у 147 195 осіб. Дії військових і загроза тероризму змусили понад 2,5 млн іракців покинути свою батьківщину, основний потік біженців припав на Йорданію та Сирію. Згідно за даними Пентагону, в перебігу бойових дій безповоротні втрати серед військовослужбовців ЗС США становили 4487 осіб. Крім того, на території Іраку було вбито 2097 американських цивільних службовців. Бойові та небойові санітарні втрати США пораненими становили 31 921 і 40 350 осіб відповідно.

7

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2006

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

За Стандартом ВСТ 01.305.003-2019 (01) «Медичне забезпечення. Класифікація бойових уражень, небойових травм та захворювань у ЗСУ»



Методичний посібник щодо класифікації та обліку втрат особового складу Збройних Сил України, затверджений начальником Генерального штабу — Головнокомандувачем Збройних Сил України 24.10.2019, рекомендує порядок дій посадових осіб для ведення обліку особового складу Збройних Сил України. У ньому використовуються терміни у такому значенні:

Безповоротні втрати — особовий склад, який безповоротно вибув із Збройних Сил унаслідок загибелі (смерті) та з інших причин. Вони поділяються на **бойові та інші загиблі (померлі)**.

До бойових безповоротних втрат належать особи, які загинули під час виконання бойового завдання, загинули від застосування противником зброї масового ураження, інших видів зброї, померли внаслідок поранення, контузії, каліцтва, хвороби та з інших причин під час бойової обстановки, під час перебування в полоні (заручниках), загинули внаслідок подій і нещасних випадків під час виконання бойових завдань.

До інших загиблих (померлих) належать особи, які померли від захворювання та з інших причин, не пов'язаних з участю у бойових діях, закінчили життя самогубством, померли від необережного поводження зі зброєю, через порушення заходів безпеки, внаслідок позастатутних взаємовідносин, в аваріях, катастрофах та інших випадках, не пов'язаних із виконанням завдань та бойових завдань.



8

Джерело: Роз'яснення щодо обліку санітарних втрат. <http://www.vgolos.com.ua/article/326581>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

За Стандартом ВСТ 01.305.003-2019 (01) «Медичне забезпечення. Класифікація бойових уражень, небойових травм та захворювань у ЗСУ»



Тимчасові втрати особового складу поділяються на **бойові та інші**.

До бойових тимчасових втрат належать — санітарні втрати, зниклі безвісти за особливих умов, військовополонені, заручники та інтерновані.

До інших тимчасових втрат належать травмовані, хворі, отруєні, зниклі безвісти в умовах, не пов'язаних з бойовою обстановкою, дезертири та військовослужбовці, які самовільно залишили військову частину або місце служби.

Водночас медична служба Збройних Сил України веде облік санітарних втрат та класифікує (кодує) їх відповідно до керівних документів. Зокрема, **Настанова з медичного забезпечення Збройних Сил України в особливий період** визначає та класифікує види втрат особового складу.

Санітарні втрати — поранення, ушкодження, травмовані та хворі, які втратили босездатність (працездатність) не менш ніж на одну добу, надійшли на етапи медичної евакуації.

Санітарні втрати поділяються на **бойові санітарні втрати та небойові санітарні втрати**.

До бойових санітарних втрат належать постраждалі від усіх видів зброї та внаслідок впливу супутніх вражаючих факторів у зв'язку з участю військовослужбовців у бойових діях, а також втрати особового складу, внаслідок обморожень, сонячних і теплових ударів, опіків, захворювань і травм, пов'язаних з умовами бойової діяльності.

До небойових санітарних втрат належать поранені, травмовані та хворі військовослужбовці, порушення стану здоров'я яких безпосередньо не пов'язано з бойовими діями.

Стандарт ВСТ 01.305.003-2019 (01) дає можливість здійснювати кодування бойових уражень та небойових травм під час розробки документів медичного обліку та звітності в інформаційних системах.

9

Джерело: Роз'яснення щодо обліку санітарних втрат. <http://www.golos.com.ua/article/326581>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

СУЧАСНА ЗБРОЯ



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.

До звичайного зброї належать вогнепальна, реактивна, ракетна бомбардувальна, торпедна і запалювальна зброя, інженерні і морські міни та інші види зброї, засоби ураження яких споряджаються бризантними або горючими речовинами, або зовсім не мають спорядження (прості бронебійні снаряди, звичайні кулі). До звичайного зброї відноситься також металеві і холодна зброя.



До взірців сучасної звичайної вогнепальної зброї відносяться:

пістолети, автоматична зброя (автомати, кулемети);
гвинтівки М 16А1 (напівавтомати США);
артилерійські снаряди з стрілецькими елементами;
кульові і касетні бомби;
боєприпаси об'ємної (вакуумної дії);
високоточна зброя та ін.

10

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ЗВИЧАЙНОЇ ЗБРОЇ



В умовах сучасної війни потрібно очікувати суттєвих змін в структурі санітарних втрат від звичайної зброї в порівнянні з тим, що мало місце в минулому. Під час ВВВ співвідношення різних категорій втрат розподілилось: поранені і ті які отримали закриті травми – 96,9 %, облучені – 0,7 %, відморожені – 2,4 %. Ця структура бойових втрат була більш-менш постійною.

За досвідом ВВВ стрілецький полк за день наступу втрачав пораненими в середньому 8-12 % особового складу, дивізія – 3-4 %; в обороні полк втрачав 6-10 % особового складу, дивізія – 3-4 %; в обороні полк втрачав 6-10 % особового складу, дивізія – 3-4 %.

У сучасних умовах середньодобові санітарні втрати від звичайної зброї під час наступу можуть скласти в полку 12-18 %, в дивізії – 5-10 %; в обороні в полку – 10-15 %; в дивізії – 4-6 %.

11

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005. Санітарні втрати від різних видів зброї: методика визначення. Реферат <https://ru.osvita.ua/vnu/reports/dqju/24962/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ЗВИЧАЙНОЇ ЗБРОЇ



Так, санітарні втрати особового складу від боеприпасів з **об'ємно-детонуючою сумішшю (ОДС)** по важкості характеризуються такою структурою: ураження легкого ступеню – **45 %**, середньої важкості – **40 %**, важкі – **10 %**, крайнє важкі – **5 %**. Доля комбінованих уражень складає до **20 %**.

В структурі санітарних втрат від дії **високоточної зброї (ВТЗ)** передбачається перевага крайнє важких уражень (**до 70 %**), ураження важкого та середнього ступеня можуть скласти біля **3 %**, легкі – до **27 %**. Аналіз бойових санітарних втрат в локальних війнах останнього часу показав різке зростання категорії уражених з **бойовою психічною травмою**. За американськими даними, вони склали біля **20 %**. Військовослужбовці втрачали боєздатність на 2-3 дні, а в деяких випадках і набагато більше.

12

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005. Санітарні втрати від різних видів зброї: методика визначення. Реферат <https://ru.osvita.ua/vnu/reports/dqju/24962/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ВОГНЕПАЛЬНА ЗБРОЯ



Уражаюча дія звичайної зброї залежить від її виду (вогнепальна, високоточна зброя, боеприпаси об'ємного вибуху, запалювальні суміші і та ін.) і конструкції боеприпасу.

В удосконаленні звичайних засобів ураження можна простежити **два чітко виражених напрямки**.

По-перше, це підвищення потужності вибухів на основі досягнень хімії вибухових речовин.

По-друге, покращення конструкції боеприпасів і засобів їх доставки до цілі. Розвиток вогнепальної зброї здійснюється, головним чином, шляхом зростання його вогневої потужності, мобільності, створення принципово нових боеприпасів та систем їх наведення на цілі.

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 (порожнина).

13

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БОЄПРИПАСИ ВИБУХОВОЇ ДІЇ



Боеприпаси вибухової дії називають тепер неядерними засобами масового ураження. **До них відносять** протипіхотні та протитанкові міни, гранати, артилерійські снаряди, бомби, бойові головки ракет, боеприпаси 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 боеприпасів 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 боеприпасів вибухової дії** значно зростає кількість **множинних та поєднаних поранень**, що буде ускладнювати лікувально-евакуаційне забезпечення поранених та значно збільшить витрати медичного майна.

14

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БОЄПРИПАСИ ВИБУХОВОЇ ДІЇ



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. досягало 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.

15

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ЗАПАЛЮВАЛЬНИХ ЗАСОБІВ



Сучасні запалювальні суміші характеризуються високою ефективністю ураження. Вони створюються на основі бензину і гасу. Для надання їм більшої в'язкості до них добавляють різні згущуючі речовини. Температура горіння суміші досягає 1000-1200°. Добавка до запалювальної суміші порошків металів магнію, алюмінію, дозволяють підвищити температуру горіння до 1600°.



Для застосування запалювальних сумішей в іноземних арміях використовують ранцеві, самохідні і танкові вогнемети, авіаційні запалювальні боєприпаси і інші засоби. Вони здатні знищувати живу силу і техніку на великих площах. Так, дальність вогнетягання американського танкового вогнемета досягає 270 м. При використанні авіаційних бомб вогнесуміш розкидається до декількох сотень квадратних метрів і горить протягом 10-15 хвилин.



Сучасні запалювальні суміші викликають при попаданні на людину важкі ураження. На відкритих частинах тіла виникають важкі опіки, як правило, 3-4 ступенів. Поряд з опіками шкіри, запалювальна суміш викликає опіки верхніх дихальних шляхів, що часто приводить до розвитку набряку легень. Відмічається, що при горінні напалму протягом 15-20 хвилин 35 % уражених гине у вогнищі горіння, 62% - до 4-го дня після опіків, тобто загальна летальність складає до 97 %. Характерною особливістю уражень напалмом та іншими запалювальними сумішами є швидкий розвиток тяжкого шоку, виведення з якого буде дуже важким.



Якщо у ВВВ доля обпечених не перевищувала 0,5-1 % санітарних втрат (в танкових військах - 3-5%), то в сучасних операціях у зв'язку з можливістю широкого застосування в'язких запалюючих сумішей питома вага обпечених може вирости в декілька разів і досягати 8-12 і більше відсотків від загальної кількості санітарних втрат військ від звичайних засобів ураження (за даними проведених досліджень питома вага обпечених в загальній кількості санітарних втрат армії в наступі при застосуванні тільки звичайних видів зброї, може скласти 28-32 %).

16

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. http://uk.wikipedia.org/wiki/Запалювальна_зброя

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

КОНВЕНЦІЯ ПРО КОНКРЕТНІ ВИДИ ЗВИЧАЙНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про конкретні види звичайної зброї (ККЗ) Організації Об'єднаних Націй, укладена в Женеві 10 жовтня 1980 р. і набула чинності у грудні 1983 р., спрямована на заборону або обмеження застосування певних видів звичайної зброї, котрі вважаються такими, що завдають надмірні нівечення чи наслідки від яких є невивірковими. Повна назва – Конвенція про заборону або обмеження застосування конкретних видів звичайної зброї, які можуть вважатися такими, що завдають надмірних нівечень або мають невивіркову дію. Конвенція охоплює протипіхотні міни, міни-пастки, запальні боєприпаси, засліплювальну лазерну зброю та знешкодження вибухонебезпечних пережитків війни.

Конвенція має п'ять протоколів:

- Протокол I обмежує використання зброї з уламками які не можна виявити.
- Протокол II обмежує наземні міни та міни-пастки
- Протокол III обмежує використання запальної зброї.
- Протокол IV обмежує використання засліплювальної лазерної зброї (прийнято 13 жовтня 1995 р. у Відні)
- Протокол V встановлює зобов'язання та передовий досвід із знешкодження вибухонебезпечних пережитків війни, прийнятий 28 листопада 2003 р. у Женеві.

17 Джерело: https://uk.wikipedia.org/wiki/Конвенція_про_конкретні_види_звичайної_зброї

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЯДЕРНЕ БОМБАРДУВАННЯ ХІРОСІМИ І НАГАСАКІ



Ядерне бомбардування Хіросіми і Нагасакі.

Це були єдині випадки використання ядерної зброї проти цивільного населення.

Від вибухів миттєво загинули **70 тис. мешканців Хіросіми та 60 тис. мешканців Нагасакі**. З серпня по грудень 1945 р. загальна кількість тих, що померли від ран і хвороб, спричинених радіацією, склала близько **пів мільйона осіб** в обох містах.

Досвід Хіросіми і Нагасакі змусив японські правлячі кола прийняти Три антиядерні принципи, що проголошували Японію вільною від ядерної зброї.

Вплив ядерного бомбардування на хід війни, загальна доцільність і також моральні аспекти цієї події досі є предметом академічних та політичних дискусій. І сьогодні, це актуально як ніколи!!!

18 Джерело - https://uk.wikipedia.org/wiki/Ядерне_бомбардування_Хіросіми_і_Нагасакі

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

СТРУКТУРА УРАЖЕНЬ ПРИ ОКРЕМИХ ЯДЕРНИХ ВИБУХАХ



Структура уражень при окремих ядерних вибухах може мати значні коливання в залежності від потужності, висоти вибуху і характеру об'єкту, який уражається. При вибухах нейтронних боеприпасів понадмалої (до 1 кт) всі ураження (в зоні санітарних втрат) будуть обумовлені дією проникаючої радіації.

При проведенні повітряного ядерного вибуху малої потужності (до 10 кт) у поразених виникають опіки (21 % - в обороні і 27 % - в наступі) і травм (0,5 % - 10 %); при застосуванні боеприпасу середньої потужності доля опіків виростає до 77 %, а травм – до 4,5 %.

19

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005. Санітарні втрати від різних видів зброї: методика визначення. Реферат <https://ru.osvita.ua/vnu/reports/dzju/24802/>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

СТРУКТУРА УРАЖЕНЬ ПРИ ОКРЕМИХ ЯДЕРНИХ ВИБУХАХ

Структура санітарних втрат від ядерної зброї в цілому за наступальну операцію може бути такою: комбіновані ураження (подвійні і потрійні комбінації травм, опіків і променевої хвороби) – 44-47 %, ізольовані опіки – 26-30 %, ізольовані травми – 5-6 %, ураження проникаючою радіацією – 17-23 %.

Із загальної кількості поразених ядерною зброєю більше як **50 %** мають місце **важкі і надзвичайно тяжкі ураження**.

Радіаційні ураження, які викликані боеприпасами надмалої потужності, надзвичайно важкі. При цьому можна очікувати такого розподілу уражених за видами уражень:

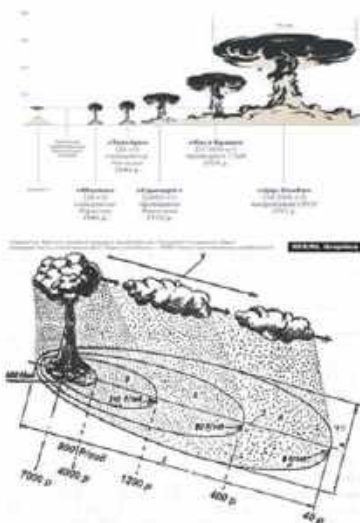
• променева хвороба найважчого ступеню в комбінації з опіками і травмами	5%
• променева хвороба найважчого ступеню	60 %
• променева хвороба важкого ступеню	15 %
• променева хвороба середньої важкості	10 %
• променева хвороба легкого ступеню	10 %

20

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

УРАЖАЮЧА ДІЯ ЯДЕРНОЇ ХВИЛІ



Санітарні втрати від ЯЗ залежать у першу чергу від її уражаючих факторів. Розглянемо дію кожного із уражаючих факторів ядерного вибуху на організм людини.

Уражаюча дія ядерної хвилі. Ударна хвиля являє собою зону сильно стислого і нагрітого повітря, яка розповсюджується із надзвуковою швидкістю від місця вибуху. Її рух супроводжується громоподібним звуком. Умовно вогнище вибуху в залежності від уражаючої дії надлишкового тиску ударної хвилі поділяється на 4 зони:

Перша зона з надлишковим тиском вище 1 кг/см^2 , характеризується смертельною травмою людей, які розташовані на відкритій місцевості і дуже важкою травмою — у сховищах.

Друга зона з надлишковим тиском $0,5-1 \text{ кг/см}^2$, характеризується важкими травмами людей на відкритій місцевості і середніми — у сховищах.

Третя зона з надлишковим тиском $0,3-0,5 \text{ кг/см}^2$ характеризується травмами середньої важкості у людей, розташованих на відкритій місцевості і легкими травмами — у сховищах.

Четверта зона з надлишковим тиском $0,1-0,3 \text{ кг/см}^2$ — легкі травми дістануть люди на відкритій місцевості, сховища повністю захищають від травм.

21

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

УРАЖАЮЧА ДІЯ ЯДЕРНОЇ ХВИЛІ



За матеріалами японської трагедії **60 %** смертельних випадків було викликано **ударною хвилею**. Для захисту від ударної хвилі можливе використання найпростіших укриттів — траншей, ходів сполучення, окопів та ін., а також природних укриттів — ярів, зворотніх скатів висот. Ліпше всього захищають від ударної хвилі повністю закриті споруди. На відкритій місцевості уражаюча дія ударної хвилі може бути значно знижена, якщо до її приходу людина встигла лягти на землю.

22

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЯДЕРНЕ РОЗЗБРОЄННЯ



Верховна Рада України у 1990 році проголосила, що Україна дотримується трьох неядерних принципів: **не приймати не виробляти і не набувати ядерну зброю.**

Прагнення України набути без'ядерний статус було підтверджено у документах Верховної Ради:

Заява від 24 жовтня 1991 року

Звернення до Парламентів та народів світу від 5 грудня 1991 року

Постанова від 9 квітня 1992 року.

16 листопада 1994 року Верховна Рада України прийняла рішення про приєднання нашої держави до Договору про нерозповсюдження ядерної зброї

27 вересня 1996 року Україною підписаний Договір про всеосяжну заборону ядерних випробувань



23

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ХІМІЧНА ЗБРОЯ



Розпилювання отруйних речовин під час Першої світової війни



Принциповими **компонентами хімічної зброї** є так звані **бойові отруйні речовини**, носії хімікатів (найчастіше — **хімічні снаряди**), а також відповідні прилади і пристрої керування, які використовуються для доправлення хімічної зброї до цілі.

Різновидом хімічних боєприпасів є **бінарні пристрої**, які споряджаються двома нетоксичними або малотоксичними речовинами — напівпродуктами для отримання цільової **отруйної речовини**.

Підвищений інтерес до бінарної хімічної зброї пояснюється необхідністю забезпечення безпеки при виробництві, транспортуванні, зберіганні та експлуатації хімічної зброї.

24

Джерело - https://uk.wikipedia.org/wiki/хімічна_зброя

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Канадський солдат, що отримав опіки шкіри внаслідок дії іприту (1917—1918)

Санітарні втрати у вогнищі вибуху боеприпасів в сукупності з втратами в зоні поширення парів первинної хмари і будуть визначати загальні розміри санітарних втрат від хімічної зброї.

Що стосується структури санітарних втрат від хімічної зброї, то, наприклад, при застосуванні **ФОР** із загальної кількості потерпілих важкоуражені можуть скласти **до 70 %**, а в числі потерпілих від іприту **до 50 %** будуть легкоураженими.

Величина і структура санітарних втрат від ЗМУ в значній мірі залежить від характеру і ступеню захищеності особового складу військ. Фортифікаційне обладнання районів розташування військ знижує очікувані втрати від ядерної і хімічної зброї приблизно на **30 %**. Не менш важливе значення має застосування медичних засобів профілактики та лікування уражень.

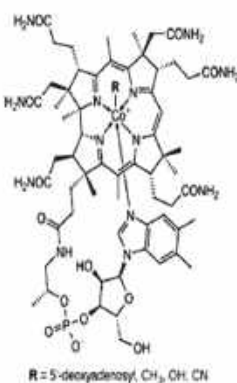
Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005

25

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ХІМІЧНА ЗБРОЯ. ВИЗНАЧЕННЯ САНІТАРНИХ ВТРАТ

Для визначення санітарних втрат від хімічної зброї для кожного вогнища хімічного зараження користуються наступною формулою Круглікова Н.В.:



$СВ = П1 \times В \times К1 \times С1 \times П2 \times В \times К2 \times С2$, де:

СВ – санітарні втрати в хімічному вогнищі,

П1 (П2) – площа вогнища хімічного зараження в км²,

В – середня щільність військ на 1 км² вогнища,

К1(К2) – коефіцієнт ефективності хімічної зброї,

С1(С2) – відношення санітарних втрат до загальних бойових втрат від хімічної зброї.

П1 – визначається за даними проведення хімічної розвідки.

П2 – площа поширення первинної хмари.

К1 – для швидкодіючих отруйних речовин в зоні вибуху хімічних боеприпасів дорівнює 0,3-0,5.

К2 – для зони поширення токсичних концентрацій первинної хмари парів ФОР дорівнює 0,3-0,5.

С1 – для швидкодіючих отруйних речовин в зоні вибуху хімічних боеприпасів дорівнює 0,3.

С2 – для зони поширення парів первинної хмари ФОР приблизно дорівнює 0,8.

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005

26

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РОЗМІРИ ТА СТРУКТУРА САНІТАРНИХ ВТРАТ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Розміри та структура санітарних втрат від хімічної зброї

можуть коливатись в широкому діапазоні від кількох відсотків до 100. вони залежать від багатьох факторів. Визначальне місце серед них мають такі:

- 1) раптовість застосування противником хімічної зброї;
- 2) властивості, масштаб і спосіб застосування отруйних речовин;
- 3) характер бойових дій і щільність військ на 1 км²;
- 4) ступінь оснащення особового складу засобами протихімічного захисту;
- 5) вміння особового складу військ користуватись засобами протихімічного захисту;
- 6) метеорологічні умови та ін.

Серед санітарних втрат **питома вага важкоуражених** також буде різною: при застосуванні отруйних речовин типу **зарин** вони можуть складати більше **50 %**, а при використанні **іприту** – значно менше половини.

27

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РІВЕНЬ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Рівень захисту людини від хімічної зброї – важливий фактор, який визначає розміри структури санітарних втрат. Для ілюстрації значення цього положення наводимо дані, які відносяться до зарину.

В США прийнято розрізняти **чотири ступеня захищеності людини** до моменту застосування зарину:

1. **Війська в протигазах.** Санітарні втрати будуть мінімальними – в межах до 15%.
2. **Війська забезпечені протигазами і добре вміють користуватись ними, але в момент застосування отруйних речовин не скористалися засобами захисту.**
3. **Війська забезпечені протигазами, але погано навчені ними користуватися.**
4. **Війська без протигазів.** Допускається, що при цьому можна уразити до 80 % незахищеного особового складу.

Отже, втрати будуть різними в залежності від рівня захищеності військ: в одних випадках вони будуть втрачати **4-10-15 %**, а в інших – майже весь особовий склад. Метеорологічні умови також впливають певним чином на організм людини та стійкість отруйних речовин у зовнішньому середовищі, що відбивається на розмірах санітарних втрат і їх структурі.

28

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Хімічна зброя Росії: опис речовин, як вони діють. <https://tsr.ua/eto/himichna-zbroya-rosiyi-opis-rechoviny-yak-voni-diyut-2020609.html>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

РІВЕНЬ ЗАХИСТУ ЛЮДИНИ ВІД ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Уперше хімічна зброя була застосована російськими військами ще під час Першої світової війни. Це сталося 21 березня 1916 року під час артпідготовки. Артилерійський обстріл був малоефективним і не охопив великої території. Тобто Росія має більш ніж сторічний досвід в розробці хімічної зброї.

У 2017 р., саме тоді, коли Володимир Путін заявив, що вся хімічна зброя РФ ліквідована, на території Британії двоє співробітників російських спецслужб (Олександр Мішкін та Анатолій Чепіга), що діяли під псевдонімами Петров і Боширов, використали хімічну зброю «Новичок» проти Сергія Скрипаля та його доньки.



У 2020 р., згідно з деякими даними, Росія використала ту ж нервово-паралітичну речовину «Новичок» проти опозиціонера президента РФ Олексія Навального.

Хімічна зброя з арсеналів Росії передавалася режиму Башара Асада. Згідно з даними, які були **опубліковані** некомерційною організацією "Global Public Policy Institute (GPPi)" в Сирії її використали 300 разів. Боєприпаси із **зарином** могли застосовувати в квітні 2017 р. при атаці на місто Хан-Шейхун. Тоді загинуло понад 20 дітей та близько 80 дорослих. Ще 300 отримали різного ступеня отруєння.

29

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник, 2005. Хімічна зброя Росії: опіє речовини, як вони діють. <https://tsn.ua/zeto/himichna-zbroya-rosiyi-opis-rechovini-yak-voni-diyut-202008.html>

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗАБОРОНА ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення і застосування хімічної зброї та про її знищення підписана Україною 13 січня 1993 р. у Парижі і ратифікована Законом України 16 жовтня 1998 р.

Після ратифікації Конвенції головні зусилля спрямовані на забезпечення належного виконання нашою державою взятих на себе зобов'язань. З цією метою Указом Президента України затверджено Програму виконання на 1999-2008 рр.

Розпорядженням Президента України від 26 серпня 1999 р. на МЗС було покладено здійснення функцій Національного органу України для виконання.



30

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БІОЛОГІЧНА ЗБРОЯ



Центр розробки та випробування біологічної зброї (40-ві роки XX століття, [Форд Дітрі, Мейленд, США](#))



Ця зброя може бути використана для ураження людей, тварин і рослин. Патогенність деяких з цих біологічних агентів може бути обумовлена токсичними речовинами, які вони виробляють самі. Такі токсини самі по собі можуть іноді виділені в чистому виді й використані як зброя. У цьому випадку вони досягають своєї мети в результаті не інфікування, а токсичності, тому вони підпадають також і під визначення хімічної зброї (Конвенції про заборону хімічної зброї), навіть якщо за змістом Конвенції про заборону біологічної зброї вони визначені також біологічною зброєю.

Джерело - 1. Конвенція про заборону розробки, виробництва та накопичення запасів бактеріологічної (біологічної) і токсичної зброї та про її знищення (1972). 2. Ответные меры системы общественного здравоохранения на угрозу применения биологического и химического оружия. Руководство ВОЗ. Второе издание. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2004

31

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

БІОЛОГІЧНА ЗБРОЯ. САНІТАРНІ ВТРАТИ



Санітарні втрати від бактеріологічної (біологічної) зброї

Виходячи з аналізу санітарних втрат внаслідок застосування бактеріологічної зброї можна передбачити, що противник буде застосовувати на перші ешелони військ в основному токсини. При застосуванні токсинів використовують такі засоби доставки, як і при використанні ОР. Значить, приведені вище дані можливих санітарних втрат дивізії від ОР включають в себе і можливі санітарні втрати від токсинів.

Санітарні втрати в полку та дивізії можуть скласти в звичайних умовах 0,08-0,1 % від особового складу за добу.

Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

32

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗАБОРОНА БІОЛОГІЧНОЇ І ТОКСИЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону біологічної і токсичної зброї (КБТЗ) була першою міжнародною угодою, яка забороняла державам-учасникам розробку, виробництво та накопичення цілого класу зброї масового знищення.

Особливо важливим є те, що Конвенція також зобов'язувала знищити запаси цієї зброї або переключити їх на мирні цілі.

Українська РСР була співавтором проекту КБТЗ, підписала її 10 квітня 1972 р., а ратифікувала 26 березня 1975 р.

Україна в період з 1992 до 2021 р. щорічно надає до Секретаріату ООН необхідні оголошення про виконання КБТЗ.

33

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ПІДВОДЯЧИ ПІДСУМКИ, МОЖНА СКАЗАТИ, ЩО САНІТАРНІ ВТРАТИ В РІЗНИХ ВИДАХ БОЮ МОЖУТЬ БУТИ ТАКИМИ:

Таблиця: Смертність від усіх причин під час сучасного бою (дані Армії США, 2010 р.)

Проникаюча (пенетруюча) травма голови	31%
Травма тулуба, яка не підлягає хірургічній корекції	25%
Травма, яку потенційно можна було б прооперувати	10%
Кровотеча з ран кінцівок	9%
Травми, що призводять до каліцтва, внаслідок вибуху	7%
Напружений пневмоторакс	5%
Проблеми з дихальними шляхами	1%
Наслідки інфекції, ускладнення шоку та катастрофічної кровотечі	12%

Різноманітність сучасних бойових уражень, їх складна лікувально-евакуаційна характеристика передбачає великі труднощі в сортуванні, наданні медичної допомоги та лікуванні уражених.

Джерело: Army Tactical Combat Casualty Care, TCCC, Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

34

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

САНІТАРНІ ВТРАТИ В РІЗНИХ ВИДАХ БОЮ :

Види зброї	Наступ		Оборона	
	Частина	З'єднання	Частина	З'єднання
Ядерна зброя	20-40 %	10-36 %	15-30 %	4-25 %
Хімічна зброя	4-6 %	2-4 %	5-8 %	4-8 %
Вогнепальна зброя	12-18 %	5-10 %	10-15 %	4-6 %
Хворі	0,08-0,1 %	0,08-0,1 %	0,08-0,1 %	0,08-0,1 %
ВСЬОГО:	37-65 %	18-51 %	31-54 %	14-40 %

35

Джерело: Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ВАЖЛИВІ ЗАХОДИ ЩОДО ЗМЕНШЕННЯ САНІТАРНИХ ВТРАТ



За досвідом медичного забезпечення військ під час збройних конфліктів, найбільш частими причинами смерті від поранень є: **крововтрата – 60%, пневмоторакс – 30%, обструкція дихальних шляхів – 5%, інші причини – ще 5%.**

Також наведені дані свідчать, що **близько 20–25% загиблих** на полі бою та ранніх етапах медичної евакуації потенційно могли жити і померли через відсутність або несвоєчасне чи неякісне надання медичної допомоги.



Таким чином санітарні втрати, що настали до госпіталізації пораненого до медичного закладу, **можна було б запобігти**, якби відразу були вжиті необхідні заходи: **зупинка масивної кровотечі, відновлення прохідності дихальних шляхів, накладення герметичної пов'язки при відкритому пораненні грудної клітки, усунення напруженого пневмотораксу за допомогою декомпресійної голки і, за можливості, дренування грудної клітки.**

36

Джерело: Army Tactical Combat Casualty Care, TCCC, Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

АНАЛІЗУЮЧИ КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ТА ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В ОРГАНІЗМІ ПОРАНЕНИХ



Аналізуючи клініко-морфологічні та патофізіологічні зміни в організмі поранених з'ясовано, що **перший пік летальності** припадає саме на час поранення, коли смерть настає протягом перших секунд або декількох хвилин після поранення, що обумовлено тяжкістю ушкоджень життєво важливих органів, таких як мозок, серце, крупні кровоносні судини. У більшості випадків такі ушкодження фатальні, проте грамотне надання медичної допомоги, швидко розпочате безпосередньо на місці поранення, може врятувати частину поранених. У цей період гине близько 60% поранених.



Другий пік летальності припадає на проміжок часу від декількох хвилин до першої години з моменту поранення, коли частота летальних наслідків може бути зменшеною за рахунок зупинки зовнішньої та внутрішньої кровотечі, відновлення об'єму циркулюючої крові та відновлення перфузії тканин, профілактики та лікування вентиляційної, гемічної та тканинної гіпоксії шляхом відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів та проведення штучної вентиляції легенів.

Третій пік летальності виникає через декілька днів або тижнів із моменту поранення та пов'язаний із розвитком поліорганної недостатності або сепсису.

37

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

«ПЛАТИНОВА» ХВИЛИНА



Високий рівень смертності поранених на полі бою обумовлений швидкоплинністю процесів втрати життєдіяльності під дією травматичних факторів. Так, при пораненні крупних артерій (наприклад, стегнової) людина може загинути **від втрати крові** протягом **2-3 хвилин**. Також протягом **5 хвилин** людина може загинути від обструкції дихальних шляхів чи дихальної недостатності. Під час більшості поранень **за 5-10 хвилин** розвивається серйозне та смертельне ускладнення – **шок**, який призводить до порушення дихання та діяльності серцево-судинної системи. Тому останнім часом все більшого значення та уваги приділяється **першим 10 хвилинам після поранення**, які умовно називають **«платиновими»**. Вони є найкритичнішими, і все залежить від умінь та здатності пораненого надати собі першу медичну (домедичну) допомогу у порядку самопомоги, а також від готовності та вміння його співслужбовців, стріпків-санітарів і санінструкторів підрозділу надавати першу медичну (домедичну) допомогу. Саме заходи, вжиті протягом цього часу, найбільше впливають на прогноз виживання, одужання і відновлення боєздатності.

38

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

«ЗОЛОТА ГОДИНА»



Найбільш **передовий досвід** у реалізації правила **«золотої години»** має військово-медична служба ізраїльської армії. Нещодавно вона вдосконалила систему порятунку життя поранених на полі бою, скоротивши «золоту годину» **до 43 хвилин**, що призвело до помітного зростання кількості врятованих поранених. Так, якщо під час Війни Судного дня у 1973 р. загинуло до **35%** поранених солдат, то під час операції «Непохитна скеля» втрати серед поранених не перевищили **6%**. Більше того, програмою удосконалення медичної допомоги на догоспітальному етапі «My Brother Keeper» передбачено амбіційні цілі до 2020 р. звести процент потенційного попередження смертності внаслідок поранень до нуля. Гіпотетично це означає, що загинути військовослужбовець може лише внаслідок масивної руйнації голови або тулубу чи отримання несумісних із життям уразень, наприклад серця або аорти.

Реалізація правила «золотої години» у збройних силах країн-членів НАТО забезпечується своєчасним та якісним наданням першої медичної (домедичної) допомоги, своєчасним вивозом (виносом) поранених із поля бою та евакуацією на ЕМЕ для надання першої лікарської допомоги, наближенням первинної хірургічної допомоги (невідкладних заходів кваліфікованої хірургічної допомоги) у порядку «Damage Control».

39

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗНАЧЕННЯ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» І «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ»



Підсумовуючи представлені дані сутності та **значення «платинової хвилини» і «золотої години» в системі ЛЕЗ**, слід зазначити, що вони відіграють найважливішу роль у забезпеченні своєчасності та ефективності медичної допомоги, а відповідно – в досягненні високих результатів у лікуванні поранених військовослужбовців. Їх реалізація можлива за умови побудови сучасної та ефективною системи ЛЕЗ, яка передбачає наявність:

- **по-перше**, сучасних індивідуальних засобів медичного захисту та комплектно-табельного оснащення медичної служби;
- **по-друге**, організаційно-штатної структури медичної служби, яка б відповідала потребам військ, та комплектування її медичним персоналом відповідної кваліфікації;
- **по-третє**, навченість військовослужбовців правилам надання першої медичної (домедичної) допомоги у порядку само- та взаємодопомоги;
- **по-четверте**, організаційну побудову системи ЛЕЗ, а саме: формування відповідних ЕМЕ, встановлення для них видів та обсягів медичної допомоги;
- **по-п'яте**, сучасних евакотранспортних засобів, у тому числі броньованих, для своєчасного вивозу (виносу) поранених із поля бою та медичної евакуації їх на відповідні ЕМЕ.

40

Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗНАЧЕННЯ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» І «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ»



Для забезпечення реалізації правил **«платинової хвилини»** та **«золотої години»** в сучасній системі ЛЕЗ ЗС України необхідно:

- впровадити ефективну систему військово-медичної підготовки з метою прищеплення військовослужбовцям знань і навиків надання **першої медичної (домедичної) допомоги** у порядку само- та взаємодопомоги;
- **розробити та впровадити сучасну структуру медичних підрозділів** військових частин і з'єднань та мобільних військово-медичних закладів відповідно до завдань, що перед ними ставляться, укомплектувати їх підготовленим медичним персоналом, забезпечити сучасним медичним обладнанням і санітарно-технічним оснащенням та санітарно-транспортними засобами;
- **упорядкувати залучення цивільних закладів охорони здоров'я** для надання медичної допомоги пораненим військовослужбовцям;
- **чітко визначити види, обсяги та заходи медичної допомоги**, що надаватимуться на полі бою та передових ЕМЕ;
- **створити ефективну систему управління** медичним забезпеченням ЗС України.



41 Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ВИДІВ ЗБРОЇ НА ВЕЛИЧИНУ І СТРУКТУРУ САНІТАРНИХ ВТРАТ

ЗНАЧЕННЯ «ПЛАТИНОВОЇ ХВИЛИНИ» І «ЗОЛОТОЇ ГОДИНИ»



Реалізація зазначених заходів дасть змогу досягти часових показників надання медичної допомоги пораненим за принципом **10 – 1 – 2**, що означає: надання **першої медичної допомоги** протягом **10 хвилин** після поранення (**«платинова хвилина»**); проведення **стабілізаційних заходів** та надання необхідної допомоги лікарем загальної практики **протягом першої години** (**«золота година»**), а також надання **невідкладної хірургічної допомоги** протягом однієї, але **не пізніше двох годин** кожному пораненому і як результат це знизить кількість летальних випадків..

42 Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005

Джерело: <https://www.youtube.com/channel/UC6ujOeLYRiwi9pdhrMBtDGg>

УДК 614.25:355.422.341

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.11.2.2022.296>

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО БЕРЕ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ (презентація)

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ



THE GENEVA
CONVENTIONS
OF 12 AUGUST 1949



Право війни - це сукупність міжнародних правил ведення військових дій та захисту жертв таких дій.

Військовополонені - це комбатанти, які захоплені в полон противником.

Комбатанти - це особи, які входять до складу збройних сил (за винятком медичного і духовного персоналу).

Цивільні особи - особи, які не входять до складу збройних сил.

Поранені та хворі - означають осіб, як військових, так і цивільних, що унаслідок травми, хвороби, або іншого фізичного або психічного розладу або інвалідності потребують медичної допомоги або догляду і які утримуються від будь-яких ворожих дій.

Медичний персонал - це персонал, призначений винятково для медичної діяльності, а саме: для розшуку, збору, евакуації, установлення діагнозу та лікування, а також для профілактики захворювань, для адміністративно-господарського забезпечення медичних формувань або для роботи на санітарно-транспортних засобах і для їхнього адміністративно-технічного забезпечення.

Розпізнавальна емблема - означає розпізнавальну емблему червоного хреста, червоного півмісяця або червоного лева і сонця на білому фоні, коли вона використовується для захисту медичних формувань і санітарно-транспортних засобів, медичного і духовного персоналу та устаткування і запасів.

Розпізнавальний сигнал - означає будь-який сигнал або повідомлення, що установлені винятково для впізнання медичних формувань або санітарно-транспортних засобів.

2

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2022

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2022

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

РОЗПІЗНАВАЛЬНІ ЕМБЛЕМИ (форма та особливості)



•Розпізнавальна емблема (червона на білому фоні) повинна бути на стільки великою, наскільки це виправдано в даних обставинах.

•У відношенні форми хреста, півмісяця або лева і сонця Високі Сторони, що Договорюються, можуть керуватися зразками, зображеними вище.



Розпізнавальна емблема, коли це можливо, завадається на плоску поверхню або на прапори, видимі з усіх можливих напрямків і з можливо більшої відстані.

У залежності від указівок, отриманих від компетентної влади, медичний персонал і духовний персонал, що виконує свої обов'язки на полі бою, повинний, по можливості, носити головний убір і одяг із розпізнавальною емблемою.



THE GENEVA
CONVENTIONS
OF 12 AUGUST 1949



3

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ
УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ТРОХИ ІСТОРІЇ



З тих пір, як швейцарський громадянин Анрі Дюнан уперше побачив страхітливості війни на бойовищі при Сольферино в Італії в 1859 році, він невпинно шукав шлях і засоби захисту жертв таких конфліктів і медичного персоналу, що повинний про ці жертви піклуватися. Він задумав створити ще в мирний час у кожній країні товариства, що могли б під час війни надавати допомогу пораненим.

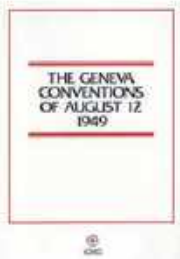
Чотири громадяни Женеви приєдналися до нього, щоб втілити в життя цю сміливу ідею: генерал Гійом Дюфур, юрист Гюстав Муанье, лікарі Луї Аппіа і Теодор Монуар. У 1863 році вони заснували Міжнародний комітет допомоги пораненим, більш відомий як "Комітет п'ятьох", що був попередником Міжнародного Комітету Червоного Хреста (МКЧХ).

Таким чином, саме Анрі Дюнану належить сама ідея Червоного Хреста. Разом із "Комітетом п'ятьох" він, не шкодуючи сил, трудився над створенням течії Червоного Хреста, що об'єднує сьогодні у усьому світі понад 250 мільйонів чоловік, які готові прийти на допомогу тим, хто страждає, тим, хто потрапив у біду.

4

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Договірне оформлення правил ведення війни на міжнародних конференціях:



1. 1864 р. у м. Женева доля поранених на полі бою
2. 1868 р. у м. Санкт-Петербург - заборона застосування розривних снарядів вагою менше як 400 грамів.
3. Дві мирні конференції в Гаазі - у 1899 і 1907 рр. - угоди про методи і засоби ведення війн.

Гаазьке право трактує методи воєнних операцій, а Женевське - захист жертв війни.

Після Другої світової війни міжнародне співтовариство у 1945 році в Статуті Організації Об'єднаних Націй по суті поставило війну поза законом і оголосило протиправним використання державами воєнних засобів, що є можливим лише для самооборони або ж для організації колективної безпеки за уповноваженням Ради Безпеки ООН.

Члени ООН у своїх міжнародних відносинах повинні утримуватись від погроз або застосування сили проти територіальної цілісності чи політичної незалежності держав або ж інших заходів, несумісних із завданням Організації Об'єднаних націй (стаття 2 (4) Статуту ООН).

5

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Інші міжнародні договори, які забороняють застосування деяких видів зброї і методів ведення війни:



Санкт-Петербурзька
декларація 1868 р.

Гаазька конвенція
1899 р.

Гаазька конвенція
1907 р.

Конвенція про
заборону
бактеріологічної
(біологічної) зброї
1972 р.

Конвенція про
заборону або
обмеження
звичайної зброї
1980 р.

Конвенція про
заборону хімічної
зброї 1993 р.

Право Гааги - обмеження воюючих сторін у виборі засобів і методів ведення військових дій.
Право Женев - захист осіб, які не беруть участі у військових діях.

6

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

КОНВЕНЦІЇ



Женева, Швейцарія

ЖЕНЕВСЬКІ КОНВЕНЦІЇ

"Перша конвенція", "Друга конвенція", "Третя конвенція" і "Четверта конвенція" означають відповідно:

- 1 Женевську конвенцію про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях від 12 серпня 1949 року;
- 2 Женевську конвенцію про поліпшення долі поранених, хворих і осіб, що потерпіли аварію корабля, із складу збройних сил на морі від 12 серпня 1949 року;
- 3 Женевську конвенцію про ставлення до військовополонених від 12 серпня 1949 року;
- 4 Женевську конвенцію про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 року.

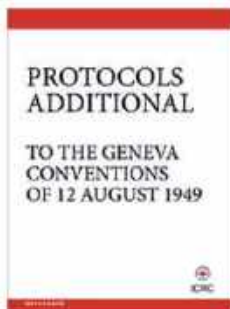
Термін "Конвенції" означають чотири Женевські конвенції від 12 серпня 1949 року про захист жертв війни.

Додаткові протоколи 1977 р. до Женевських конвенцій 1949 р. є дуже важливим внеском у право, що стосується ведення бойових дій, особливо тому, що підтверджують **принцип звичайного права**, відповідно до якого цивільне населення не повинно ставати об'єктом нападу.

7

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Заборона застосування засобів і методів ведення війни:



- які не дозволяють бачити відмінність між **комбатантами** і **некомбатантами**;
- які призводять до численних втрат, не виправданих безпосередньою військовою вигодою;
- які є причиною **серйозного і тривалого збитку** навколишньому середовищу.

Стаття 53 Додаткового протоколу I забороняє:

- здійснювати які-небудь ворожі акти проти тих історичних пам'яток, творів мистецтва або місць культів, які складають культурну або духовну спадщину народів;
- використовувати такі об'єкти для підтримки військового потенціалу;
- здійснювати репресії по відношенню до таких об'єктів.

8

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Заборонені методи ведення війни :

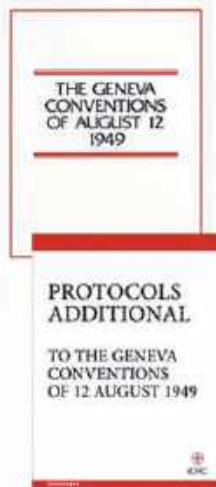


- віддання наказу “не залишати нікого в живих”;
- незаконне використання розпізнавальної емблеми Червоного Хреста;
- зрадницьке вбивство або поранення цивільного населення вбивати або калічити ворога, який склав зброю і здався;
- віроломне користування парламентарським прапором, військовими знаками і форменим одягом ворога;
- примушувати громадян ворожої сторони до участі у військових діях проти їх власної країни;
- захоплювати заручників здійснювати терор.

9

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Другою основною метою міжнародного гуманітарного права є захист осіб, які не беруть участі у військових діях (право Женеви).



Положення Женевських конвенцій і Додаткових протоколів торкаються двох основних понять “комбатант” і “особа, над якою протегують”.

Додатковий протокол II не передбачає особливого статусу осіб, які беруть участь в бойових діях і не визначає жорстко категорій осіб, над якими протегують.

Він дає відмінність між особами, які беруть участь в бойових діях і особами, які не беруть участь в бойових діях.

Женевські конвенції і Додатковий протокол I розрізняють декілька категорій осіб, над якими протегують:

- поранені, хворі і особи, потерпілі корабельну аварію, як зі складу збройних сил, так і цивільні особи;
- військовополонені;
- цивільні особи на окупованих територіях;
- цивільні особи на території противника;
- інтерновані цивільні особи.

10

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Окремі категорії осіб знаходяться під захистом Конвенцій, користуються **спеціальним захистом**.



Це:

Біженці і апатриди (стаття 73 ДП I)

Жінки (стаття 76 ДП I)

Діти (статті 77-78 ДП I)

Журналісти (стаття 79 ДП I)



Забороняється!!!

використовувати цивільне населення для прикриття воєнних дій і захисту військових об'єктів або районів від нападу противника; колективні покарання, захоплення заручників, залякування або терор

11

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ



НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Поняття «НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ

КОНФЛІКТІВ», означає норми, застосовані в період збройних конфліктів, приведені в міжнародних угодах, учасниками яких є сторони, що знаходяться в конфлікті, а також загальноновизнані принципи і норми міжнародного права, застосовані до збройних конфліктів.

ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНІ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

1. **Особи, що вийшли з ладу, і ті, хто не приймає особистої участі в бойових діях**, мають право на повагу до їх життя, на моральну і фізичну недоторканність. При всіх обставинах вони мають право на захист і гуманне ставлення без будь-якої дискримінації.
2. **Забороняється вбивати або завдавати каліцтво противнику**, що здається в полон та того, що вийшов із ладу.
3. **Поранені і хворі повинні підбиратися і забезпечуватися доглядом** тією стороною конфлікту, у владі якої вони знаходяться. Захисту також підлягають медичний персонал, транспортні засоби й устаткування. Емблема Червоного Хреста або Червоного Півмісяця позначає право на такий захист і повинна шануватися.
4. **Захоплені в полон** учасники бойових дій (далі іменовані комбатантами) і цивільні особи, що знаходяться на території, контрольованій противником, мають право на повагу до їхнього життя, гідності, особистим правам і переконанням. Їм повинен бути забезпечений захист від насильства і репресалій, вони мають право на листування зі своєю сім'єю і на одержання допомоги.

12

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Поняття «**НОРМИ МІЖНАРОДНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНОГО У ПЕРІОД ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ**», означає норми, застосовані в період збройних конфліктів, приведені в міжнародних угодах, учасниками яких є сторони, що знаходяться в конфлікті, а також загальновизнані принципи і норми міжнародного права, застосовані до збройних конфліктів.



ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ МІЖНАРОДНОГО ГУМАНІТАРНОГО ПРАВА, ЗАСТОСОВАНІ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

5. Кожний має право на основні юридичні гарантії. Ніхто не повинний піддаватися фізичним або моральним катуванням, тілесним покаранням, а також жорстокому або принизливому ставленню.

6. Сторони в конфлікті та їх збройні сили не можуть користуватися необмеженим вибором методів і засобів ведення війни. Забороняється використовувати таку зброю і такі методи ведення бойових дій, що за своїм характером можуть викликати не обумовлені необхідністю втрати або спричинити за собою надмірні страждання.

7. Сторони в конфлікті зобов'язані постійно робити розходження між цивільним населенням і комбатантами і по можливості щадити цивільне населення і майно. Ні цивільне населення в цілому, ні окремі цивільні особи не повинні бути об'єктом нападу. Нападу можуть піддаватися тільки військові об'єкти.

13

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МІЖНАРОДНИХ КОНФЛІКТІВ

Породжена на полі бою ідея, що надихала фундаторів Товариство Червоного Хреста, була викликана до життя прагненням полегшити людські страждання шляхом надання допомоги і забезпечення догляду за пораненими і хворими, у чому, власне, і складається завдання лікаря.



Роль, що виконує медичний персонал, завжди признавалася Червоним Хрестом найвищою мірою важливою, і із самого початку він подбав про те, щоб такий персонал, покликаний надавати допомогу пораненим і хворим на полі бою, користувався тими ж заступництвом і захистом, що і священнослужителі.

Завдання, що виконують останні, можна вважати додатковою стосовно задач медичного персоналу, адже священнослужителі дають останнє побажання умираючим.

Положення міжнародного гуманітарного права захищають медичних робітників, чийі послуги необхідні під час збройних конфліктів, якщо:

- на території їх країни йде внутрішній конфлікт;
- їх країна вплетена в збройний конфлікт з іншою країною;
- їх країна частково або цілком окупована іншою країною; або ж,
- їх Національне товариство Червоного Хреста або Червоного Півмісяця, або їх країна, зберігаючи нейтралітет у конфлікті, приймають рішення надати медичний персонал у розпорядження однієї з воюючих сторін або МКЧХ.

14

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

Протокол I 1977 року (I Д.П.8) дає таке визначення медичного персоналу:



“медичний персонал” означає осіб, що призначені стороною, що знаходиться в конфлікті, винятково для медичних цілей, перерахованих у пункті “с”), для адміністративно-господарського забезпечення медичних формувань або для роботи на санітарно-транспортних засобах і для адміністративно-технічного забезпечення. Такі призначення можуть бути або постійними, або тимчасовими”.

МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ, що залучаються до надання допомоги при виникненні конфлікту, **повинні пам'ятати** : **Обов'язком** держави і всіх її громадян, незалежно від роду діяльності, є **суворе дотримання положень Конвенцій і Протоколів**. Як громадяни держави, пов'язаного Конвенціями (а у випадку деяких держав - і Додатковими протоколами), **медичні робітники зобов'язані підпорядковуватися вимогам цих документів** незалежно від того, включені або не зазначені норми у внутрішньодержавне законодавство їх країни. Таким чином, надзвичайно важливо, щоб медичний персонал добре знав **свої обов'язки і права**, передбачені міжнародним гуманітарним правом, і розумів, що він може, **цілком зневацька й у будь-який момент**, виявитися в ситуації, що зажадає від нього здійснення цих прав і виконання обов'язків.

15

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МІЖНАРОДНИХ КОНФЛІКТІВ



Ці права й обов'язки були встановлені для того, щоб медичний персонал міг виконувати покладені на нього **гуманні завдання**, як-то - **оказати допомогу жертвам збройних конфліктів**, коли б такі конфлікти не відбувалися. **Обов'язки**, покладені на медичний персонал **прямо пов'язані з правами покровительствуємих осіб, увіренних його турботам**. Так, **обов'язок гуманно ставитися до поранених пов'язаний з правом цього пораненого на гуманне ставлення**; **обов'язок не піддавати жодного військовополоненого медичним процедурам, протипоказаним йому за станом здоров'я, пов'язаний з правом військовополоненого на повагу його фізичної і психічної недоторканності**.

Конвенції і Протоколи надають медичному персоналу права на те, щоб той міг виконувати свої **гуманні завдання**. Цей персонал являє собою, так сказати, **знаряддя захисту поранених і хворих**, і саме тому він **користується особливими правами**.

Більш того, ці права безпосередньо пов'язані з відповідними обов'язками держави, до якої належить медичний персонал, а також сторін у конфлікті.

16

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ДІЇ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПІД ЧАС МІЖНАРОДНИХ КОНФЛІКТІВ



Право медичного персоналу на захист пов'язано, наприклад, з обов'язком противника шанувати цей персонал; так само право доступу медичного персоналу до місць, де потрібна його допомога, пов'язано з обов'язком сторін у конфлікті дозволяти йому доступ у такі місця.

Серед обов'язків, покладених на медичний персонал, варто виділити обов'язки, що потребують дій, і обов'язки, що потребують утримуватися від дій. Наприклад, медичний робітник зобов'язаний діяти, коли хворий або поранений потребує допомоги; проте медичний робітник зобов'язаний також утримуватися від деяких дій, як-то від таких, що суперечать інтересам пацієнта. З іншого боку, бездіяльність - тобто ненадання належної допомоги хворому - може являти собою невиконання медичним персоналом своїх обов'язків.

Серед визнаних прав медичного персоналу можуть бути також виділені права, що припускають визначені дії сторін у конфлікті, такі, як надання всілякого сприяння медичному персоналу для того, щоб він міг якнайкраще виконати свої завдання, і права, що припускають обов'язок сторін у конфлікті утримуватися від визначених дій, наприклад, від застосування репресалій до медичного персоналу.

17

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ЯДЕРНЕ РОЗЗБРОЄННЯ



Верховна Рада України у 1991 році проголосила, що Україна дотримується трьох неядерних принципів: **не приймати не виробляти і не набувати ядерну зброю**.

Прагнення України набути без'ядерний статус було підтверджено у документах Верховної Ради:

Заява від 24 жовтня 1991 року

Звернення до Парламентів та народів світу від 5 грудня 1991 року

Постанова від 9 квітня 1992 року.

16 листопада 1994 року Верховна Рада України прийняла рішення про приєднання нашої держави до Договору про нерозповсюдження ядерної зброї

27 вересня 1996 року Україною підписаний Договір про всеосяжну заборону ядерних випробувань



18

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ЗАБОРОНА ХІМІЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону розробки, виробництва, накопичення і застосування хімічної зброї та про її знищення підписана Україною 13 січня 1993 р. у Парижі і ратифікована Законом України 16 жовтня 1998 р.



Після ратифікації Конвенції головні зусилля спрямовані на забезпечення належного виконання нашою державою взятих на себе зобов'язань. З цією метою Указом Президента України затверджено Програму виконання на 1999-2008 рр.

Розпорядженням Президента України від 26 серпня 1999 р. на МЗС було покладено здійснення функцій Національного органу України для виконання.



Починаючи з 2010 року щорічники Стокгольмського міжнародного інституту досліджень проблем миру (Stockholm International Peace Research Institute) включають окрему главу, що присвячується проблемам скорочення загроз безпеки від хімічних та біологічних матеріалів:

19

МІЖНАРОДНЕ ПРАВО. КОДЕКС ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРИЙМАЄ УЧАСТЬ У ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТАХ

ЗАБОРОНА БІОЛОГІЧНОЇ І ТОКСИЧНОЇ ЗБРОЇ



Конвенція про заборону біологічної і токсичної зброї (КБТЗ) була першою міжнародною угодою, яка забороняла державам-учасникам розробку, виробництво та накопичення цілого класу зброї масового знищення. Особливо важливим є те, що Конвенція також зобов'язувала знищити запаси цієї зброї або переключити їх на мирні цілі.



Українська РСР була співавтором проекту КБТЗ, підписала її 10 квітня 1972 року, а ратифікувала 26 березня 1975 року.

Україна в період з 1992 до 2021 щорічно надає до Секретаріату ООН необхідні оголошення про виконання КБТЗ.



20

Джерело: <https://www.youtube.com/channel/UC6UjOeLYRiwi9pdhrMBtDGg>

УДК 616-082:355.422

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.11.2.2022.297>

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ВИДИ ТА ОБСЯГ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У ВОЄННИЙ ЧАС (презентація)

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Види медичної допомоги у воєнний час

Існує два основні поняття, які визначають зміст лікувально-евакуаційних заходів при наданні медичної допомоги пораненим і хворим, — **вид медичної допомоги й 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 (ешелонах) медичної евакуації.



Конкретний вид медичної допомоги визначається місцем надання, підготовкою осіб, які її надають, та наявністю необхідного обладнання й оснащення.

У процесі лікувально-евакуаційного забезпечення у військах передбачається надання таких видів медичної допомоги: **перша медична допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога й спеціалізована медична допомога**.

2 Джерело – Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2022

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2022

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Види медичної допомоги у воєнний час



Перша медична допомога надається безпосередньо на місці поранення або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами й 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, у медичній роті бригади).

3 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Види медичної допомоги у воєнний час



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 й терапевтами у військових польових пересувних госпіталях (невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги в медичних ротах бригад) та деяких лікувальних закладах госпітальних баз.

Спеціалізована медична допомога й лікування надаються лікарями-спеціалістами в лікувальних закладах пересувних госпітальних баз оперативного командування та територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України.

4 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Обсяг медичної допомоги у воєнний час



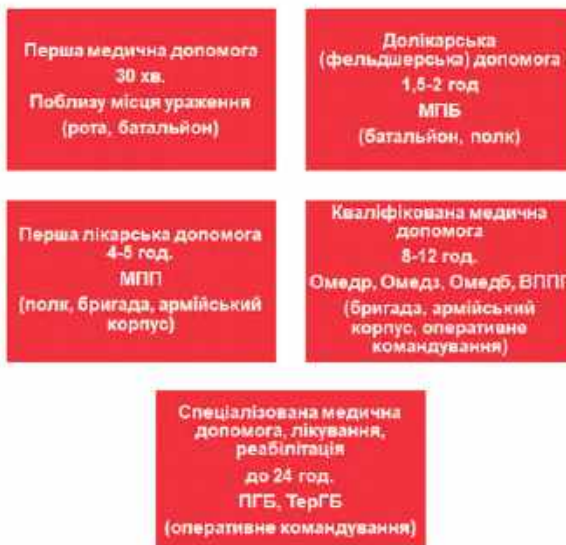
Обсяг медичної допомоги й терміни лікування поранених і хворих залежать від умов бойової, тилової і медичної обстановки і встановлюються для військового польового пересувного госпіталю — начальником медичної служби армійського корпусу, для медичного пункту частини (медичної роти бригади) — старшим начальником 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 терміновою доповіддю про це командирів медичної бригади армійського корпусу, командирів полку (бригади) і старшому начальнику медичної служби.

5 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Види медичної допомоги у воєнний час і на якому рівні вони надаються



6 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005.

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Перша медична допомога



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 із бойових машин, важкодоступних місць, осередків пожеж та з-під завалів тощо;
- гасіння палаючого одягу й запалювальних сумішей, що попали на тіло;
- надівання протигазу при знаходженні на зараженій місцевості;
- тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі;
- уведення антидотів ураженим отруйними речовинами;
- усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від сплизу, крові й можливих чужорідних предметів, фіксування язика при його западанні, введення повітропроводу;

- уведення знеболюючих засобів за допомогою шприц-тюбика;
- накладання асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, а при відкритому пневмотораксі — оклюзійної пов'язки з 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;
- застосування антибіотиків, протипіловотних та інших лікарських засобів.

Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Перша медична допомога



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.

Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Долікарська (фельдшерська) допомога



Тактична медицина - це надання медичної допомоги під час військових дій.



Долікарська (фельдшерська) допомога надається з метою боротьби із загрозливими для життя наслідками поранення (захворювання) і попередження тяжких ускладнень. Додатково до першої медичної допомоги вона включає:

- усунення асфіксії (введення повітропроводу, штучна вентиляція легень за допомогою портативних апаратів, інгаляція кисню та інше);
- контроль за правильністю й доцільністю накладання джгута, накладання джгута при кровотечі, що продовжується;
- накладання й 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;
- повторну часткову санітарну обробку відкритих ділянок шкіри та дегазацію одягу, що прилягає до цих ділянок шкіри;
- зігрівання поранених і хворих, дачу гарячого чаю (за виключенням поранених у живіт).

9 Джарело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Перша лікарська допомога



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 поранених до подальшої евакуації.

Заходи першої лікарської допомоги за терміновістю їх виконання розподіляються на дві групи:

- невідкладні заходи;
- заходи, виконання яких може бути вимушено відкладене.

10 Джарело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Перша лікарська допомога



Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених і хворих. Вони включають:

- зупинку зовнішньої кровотечі (введення тампону в рану з накладанням шкірних швів, прошивання судин у рані, накладання затискувача (лігатури) на судину, що кровоточить, контроль за правильністю й доцільністю накладання джгута й накладання джгута за наявності показань);
- усунення гострої дихальної недостатності (відсмоктування слизу, блювотних мас і крові з верхніх дихальних шляхів, введення повітропроводу, фіксація язика, відсічення або підшивання звисаючих клаптів м'якого піднебіння і бокових відділів глотки, штучна вентиляція легень, інгаляція кисню, накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі, інгаляція парів етилового спирту при набряку легень, пункція або торакоцентез при напруженому пневмотораксі);
- переливання крові й кровозамінників при тяжкому шоку та значній крововтраті;
- новокаїнові блокади й введення знеболюючих засобів при виникненні травматичного шоку;

11 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Перша лікарська допомога



Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених і хворих. Вони включають:

- транспортну іммобілізацію (або її покращання) при переломах кісток і великих пошкодженнях м'яких тканин, які загрожують розвитком небезпечних для життя ускладнень;
- накладання стандартної транспортної пращеподібної шини при переломах щелеп;
- відсікання кінцівки, яка висить на клапті 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-нарівної дії з наступним введенням у кон'юнктивальний мішок спеціальних очних мазей;
- введення за показаннями антидотів, антибіотиків, протисудомних, бронхорозширюючих, протиблювотних, серцево-судинних, десенсибілізуючих та інших засобів;
- використання антиотруйної сироватки при отруєннях бактеріальними токсинами й проведення неспецифічної профілактики при ураженні бактеріопіщною (біологічною) зброєю;
- промивання шлунка за допомогою зонда при потрапленні отруйних речовин у шлунок і введення адсорбенту.

12 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Перша лікарська допомога



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 покращання 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 правця при відкритих травмах і опіках;
- проведення дезінтоксикаційної терапії й використання антибіотиків при радіаційних та хімічних ураженнях;
- зміна пов'язок при забрудненні рани радіоактивними речовинами;
- призначення симптоматичних медикаментозних засобів.

Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Повний обсяг першої лікарської допомоги



Повний обсяг першої лікарської допомоги

включає проведення невідкладних заходів і заходів, проведення яких може бути вимушено відкладене. Надання першої лікарської допомоги в повному обсязі вимагають 40 % поранених і хворих від тієї кількості, які надходять на медичні пункти частин, у медичні роти бригад. Скорочення обсягу першої лікарської допомоги здійснюється за рахунок заходів другої групи. Надання невідкладних заходів першої лікарської допомоги вимагають 10–15 % поранених і хворих, які надходять на медичні пункти частин, у медичні роти бригад.

Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Кваліфікована хірургічна допомога



Невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги включають:

- усунення асфіксії та відновлення адекватного дихання;
- кінцеву зупинку внутрішньої та зовнішньої кровотечі;
- комплексну терапію гострої крововтрати, шоку, травматичного токсикозу;
- некротомію при глибоких циркулярних опіках грудей і кінцівок, які викликають розлади дихання й кровообігу;
- лікування анаеробної інфекції;
- хірургічну обробку та ушивання ран при широко відкритому пневмотораксі, що не герметизується оклюзійною пов'язкою, пораненнях серця, зовнішньому клапанному пневмотораксі;
- лапаротомію при пораненнях і закритій травмі живота з пошкодженням внутрішніх органів, при внутрішньочеревному пошкодженні сечового міхура й прямої кишки;
- декомпресійну трепанацію черепа при пораненнях і пошкодженнях, які супроводжуються стисненням головного мозку.

16 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015.

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Кваліфікована хірургічна допомога



Заходи кваліфікованої хірургічної допомоги, виконання яких може бути вимушено відкладене, з метою їх більш чіткої та суворої 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 норіці при пошкодженні уретри і протиприродного заднього проходу при позачеревному пошкодженні прямої кишки;
- хірургічна обробка ран, заражених отруйними речовинами, а також ран зі 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 клаптевих пораненнях обличчя;
- лігатурне зв'язування зубів при переломах нижньої щелепи з дефектом.

17 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015.

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Кваліфікована терапевтична допомога



Невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги

включають:

- санітарну обробку уражених і хворих при зараженнях отруйними речовинами;
- введення антидотів і протиботулінічної сироватки;
- 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 потрапленні 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 відкладене, включають:

- введення (дачу) антибіотиків та сульфаніламідів з профілактичною метою;
- гемотрансфузію із замінною метою (при помірній анемізації);
- використання симптоматичних медикаментозних засобів.

Джарело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Кваліфікована медична допомога



У військовому польовому пересувному госпіталі **заходи кваліфікованої медичної допомоги** повинні надаватись, як правило, у повному обсязі.

Скорочення її обсягу здійснюється за рахунок повної або часткової відмови від виконання заходів, які можуть бути вимушено відкладені. Питання про відкладання в наданні медичної допомоги необхідно вирішувати виключно індивідуально, детально оцінюючи характер поранення (захворювання), стан пораненого (хворого) у даний момент, можливість появи тяжких ускладнень.

При надзвичайних умовах, вкрай небезпечній обстановці, коли затримка поранених і хворих у військовому польовому пересувному госпіталі для надання медичної допомоги неможлива або загрожує ще тяжчими наслідками, ніж її відкладання, їм можуть бути виконані тільки невідкладні заходи кваліфікованої медичної допомоги. До останніх належать ті невідкладні заходи, відмова від виконання яких може привести до смертельного наслідку в найближчий час.

Джарело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Кваліфікована медична допомога



При **скороченні обсягу кваліфікованої медичної допомоги** у військовому польовому пересувному госпіталі обов'язково повинен проводитись комплекс лікарських заходів, який зменшив би небезпеку відстрочки в її наданні, і вживаються заходи до найшвидшої евакуації поранених і хворих до лікувальних закладів госпітальних баз.

Повний обсяг кваліфікованої медичної допомоги включає виконання всіх заходів кваліфікованої хірургічної та терапевтичної допомоги. Надання кваліфікованої медичної допомоги в повному обсязі вимагають 50 % поранених і хворих, які надходять до військового польового пересувного госпіталю.

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, виконання яких може бути вимушено відкладене, і невідкладні заходи кваліфікованої 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 й невідкладні заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги. Потребують цієї допомоги 15 % поранених і хворих від тієї кількості, яка надходить до військового польового пересувного госпіталю.



Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015.

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Спеціалізована медична допомога



Спеціалізована медична допомога — вища форма медичної допомоги, що має вичерпний характер і надається в спеціально призначених для цієї мети лікувальних закладах (відділеннях), які мають у своєму складі відповідних 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 посилення госпіталів відповідними спеціалізованими групами.



Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015.

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Спеціалізована медична допомога



У госпітальних базах передбачається надання спеціалізованої медичної допомоги таким **контингентам**:

- пораненим у голову, ший, хребет (нейрохірургічна, стоматологічна, офтальмологічна та оториноларингологічна медична допомога);
- пораненим у груди, живіт, таз (то рако-абдомінальна та урологічна медична допомога);
- пораненим із 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.

22 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Види та обсяг медичної допомоги у воєнний час

Медична допомога у воєнний час



Своєчасне надання медичної допомоги має надзвичайно велике значення.

Так, досвід війн (II світова війна) показав, що біля 20 % всіх вбитих могли б вижити, якщо б їм своєчасно була надана перша медична допомога на полі бою, хоча б у порядку взаємодопомоги.

Біля 40 % всіх поранених, загинувших на полі бою, померли від шоку і крововтрати.

До 13 % поранених надходили на ПМП у край важкому стані з наявною артеріальною кровотечею, без накладених джгутів, а 50 % - з переломами кісток без іммобілізації.

23 Джерело - Організація медичного забезпечення військ. Підручник. 2005. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

УДК 616-082:355.422

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.11.2.2022.298>

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРИНЦИПИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ (презентація)

Меди́чне сортува́ння. Організа́ція та принци́пи меди́чного сортува́ння поране́них і хвори́х

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ



Меди́чне сортува́ння поранених і хвори́х 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.

Значення медичного сортування особливо зростає при роботі етапів медичної евакуації в умовах застосування противником зброї масового ураження.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

2

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2022

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2022

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ



Медичне сортування — це розподіл поранених і хворих на групи за ознаками потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах. Уміст цих заходів визначається відповідно до медичних показань, обсягу наданої медичної допомоги й прийнятого порядку евакуації.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

3

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ



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 пораненому (хворому) 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 й тому завжди має діагностичний та прогностичний характер.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

4

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

ВИДИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ



Основи медичного сортування розроблені М.І. Пироговим, який вперше застосував його у широких масштабах у часи Кримської війни 1853-1856 рр.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Залежно від завдань, які вирішуються в процесі медичного сортування поранених і хворих, розрізняють такі 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 в 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 й необхідністю в медичному супроводі.

Зміст сортування залежить від завдань, що покладаються на ті чи інші функціональні підрозділи та етапи медичної евакуації в цілому, а також від умов бойової та медичної обстановки.

5

Меди́чне сортува́ння. Організа́ція та принци́пи медично́го сортува́ння поране́них і хворих

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ



Принципи медичного сортування й вимоги до його проведення:

- медичне сортування слід розпочинати **в процесі надання першої медичної допомоги** й 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** (при надходженні, 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;

Джерело

6 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ



Принципи медичного сортування й вимоги до його проведення:

- 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.

Джерело

7 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

ОСНОВНІ ГРУПИ ПОРАНЕНИХ І ХВОРИХ



У результаті медичного сортування на етапах медичної евакуації повинні бути виділені такі **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 повернені до строю, проходять медичне сортування при знятій пов'язці.

Джерело

8 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ



Проведення медичного сортування є відповідальним моментом, від якого залежить своєчасність надання медичної допомоги постраждалим, виконання необхідного виду та обсягу медичної допомоги. Тому для проведення медичного сортування повинні залучатися висококваліфіковані фахівці.

Для проведення медичного сортування найбільш доцільним є створення сортувальних бригад. Їх кількість та склад визначаються в кожному конкретному випадку залежно від величини і структури санітарних втрат та складу медичних сил та засобів.

Сортувальні бригади для ходячих уражених формуються в складі лікаря, медичної сестри (фельдшер), реєстратора.

Для уражених на ношах до складу сортувальних бригад входять лікар, медична сестра (фельдшер), два реєстратори, ланка носильників.

Розрахунок потреби сортувальних бригад можна проводити за формулою:

$$P_{\text{сбр}} = (K \times t) / T,$$

де $P_{\text{сбр}}$ — потреба в сортувальних бригадах, K — кількість уражених, які надійдуть за добу, t — час, який витрачається на сортування одного ураженого, T — тривалість роботи сортувальної бригади (12 год).

Джерело

9 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

АЛГОРИТМ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ЗА МЕТОДИКОЮ АВВС



Після прибуття до лікувального закладу **в першу чергу спочатку проводиться вибіркове сортування** уражених шляхом поверхневого огляду для виявлення небезпечних для оточуючих та тих, що потребують медичної допомоги. При цьому на первинний огляд лікар витрачає до 40 с на кожного постраждалого, для чого використовується відповідний алгоритм первинного огляду.

Алгоритм первинного огляду за методикою АВВС (повітряні шляхи, функція дихання, кровоносні судини, серцево-судинна система, органи почуттів) включає:

- **ревізію та механічну очистку ротової порожнини**, фіксацію голови та язика для забезпечення найбільшої прохідності дихальних шляхів;
- **оцінку характеру та частоти дихальних рухів** (поверхневе, затруднене, флотуюче) для вирішення питання щодо проведення реанімаційних заходів (дихання рот у рот, непрямий масаж серця);

- **визначення цілісності кровоносних судин** і одночасну зупинку зовнішньої кровотечі, у першу чергу артеріальної;
- **оцінку стану серцево-судинної системи** за пульсом: відсутність пульсу на променевих артеріях свідчить про те, що артеріальний тиск нижчий ніж 80 мм рт. ст., а на ліктьовій — менший ніж 60 мм рт. ст. Відсутність пульсу свідчить про необхідність надання невідкладної медичної допомоги;
- **оцінку стану органів чуття**, перш за все органів зору (розплющення очей самостійно чи за командою словом або на больове подразнення);

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

АЛГОРИТМ ПЕРВИННОГО ОГЛЯДУ ЗА МЕТОДИКОЮ АВВС



- оцінку мовленнєвої реакції (говорить, говорить тяжко, не говорить);
 - оцінку свідомості: орієнтується в просторі, рухові реакції (за командою згинає чи розгинає кінцівки).
- Після вибіркового методу медичного сортування медичний персонал переходить до послідовного (конвеєрного) огляду уражених за діагностичними алгоритмами:
- локалізація ураження (голова, груди, живіт, таз, кінцівки, хребет);
 - характер ураження: механічна травма — локальна, численні травми, сполучена, наявність кровотечі, переломів кісток, довготривалого стиснення тканин, опікова травма, отруєння сильнодіючими отруйними речовинами (СДОР), радіаційне ураження тощо;
 - основне ураження, що найбільш загрожує в даний момент життю потерпілого.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

11

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

РЕЗУЛЬТАТИ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ



Результати медичного сортування фіксуються сортувальними марками, на основі яких санітари-носії реалізують сортувальне рішення лікаря, та відмітками в медичних документах (первинна медична картка, евакуаційний конверт, відомості про евакуйованого — евакуаційний паспорт).

Медична картка первинного обліку уражених із відірваними сигнальними смугами. Наявність відірваних сигнальних смуг на медичній картці не лише сприяє успішній реалізації результатів сортування на даному етапі, але й забезпечує інформування наступного етапу медичної евакуації, оскільки визначає уражених, на яких слід звернути увагу. Цим досягається наступність у сортуванні між етапами.

Сортувальні марки прикріплюють до одягу або до носилок ураженого. Марки вказують, куди і в яку чергу повинні бути направлені постраждалі. Наявність марки червоного кольору вказує на необхідність надання невідкладної допомоги в операційній або протишоковій палаті, синього кольору — у перев'язочній тощо. Цифри на марці (1, 2) свідчать про чергу надання медичної допомоги або евакуації. Марки виготовляють з цупкого картону.

Евакуаційний паспорт відображає відомості щодо профілю ураження в постраждалого, що знаходиться в транспорті, їх кількість, а також засіб транспортування та термін відправлення/прибуття транспорту.

Історія хвороби заповнюється в лікувальному закладі. **Медична картка первинного обліку та історія хвороби** є основними документами результатів медичного сортування, надання допомоги та лікування, сортувальні марки та евакуаційний паспорт належать до допоміжної документації.

Джерело

12 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

ПОСТРАЖДАЛИХ НЕОБХІДНО ГРУПУВАТИ ЗГІДНО З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ Й ХАРАКТЕРОМ УРАЖЕННЯ



Для зручності медичного сортування постраждалих та їх подальшої евакуації в лікарню з найменшим перегрупуванням по транспортних засобах доцільно вже в евакуаційних приміщеннях етапу **групувати постраждалих згідно з локалізацією й характером ураження.**

Це дає можливість забезпечити наступне завантаження автотранспорту, залізничних вагонів та інших засобів однорідними групами постраждалих.

Джерело

13 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ МОЖНА ПРОВОДИТИ ЯК НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ, ТАК І НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

На догоспітальному етапі в процесі медичного сортування виділяють такі групи уражених:



— **постраждалі, що потребують медичної допомоги в першу чергу** — уражені з тяжкими пошкодженнями, що супроводжуються зростаючими розладами життєвоважливих функцій. До цієї групи відносяться: тяжкоуражені з прогресуючими небезпечними для життя ураженнями, отруєннями СДОР, бактеріальними ураженнями з загрозою втрати однієї чи кількох функцій головних життєзабезпечуючих систем. Для усунення порушень необхідне термінове проведення лікувально-профілактичних заходів та надання їм відповідного обсягу медичної допомоги. Уражені цієї групи потребують допомоги за невідкладними (життєвими) показаннями;

— **тимчасово нетранспортабельні**, евакуація яких можлива лише після стабілізації гемодинамічних показників, зовнішнього дихання й тільки санітарним транспортом у супроводі медичного працівника;

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

14

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

МЕДИЧНЕ СОРТУВАННЯ МОЖНА ПРОВОДИТИ ЯК НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ, ТАК І НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

На догоспітальному етапі в процесі медичного сортування виділяють такі групи уражених:

- **постраждалі з тяжкими та середньої тяжкості ураженнями**, що безпосередньо не загрожують життю. Їм медична допомога надається в другу чергу чи може бути відкладеною до надходження до лікувального закладу (що не виключає можливості розвинення тяжких ускладнень). Евакуація повинна здійснюватися бригадами швидкої допомоги в першу чергу;
- **уражені середньої тяжкості з помірними функціональними розладами** чи без них. Прогноз сприятливий. Розвиток шкідливих ускладнень малоімовірний (за умов застосування антибіотиків та інших медикаментів за показаннями). Евакуація здійснюється попутним транспортом у другу чергу;
- **легкоуражені з абсолютно сприятливим прогнозом для життя** та для відновлення працездатності. Потребують амбулаторно-поліклінічного лікування. Евакуюються самостійно;
- **постраждалі з тяжкими, несумісними для життя ураженнями** та агонізуючі. Потребують симптоматичного лікування й проведення знеболювання. Евакуації не підлягають. В окремих випадках евакуюються в другу чергу.



За інших однакових умов перевага в черговості медичного сортування та надання медичної допомоги віддається дітям та вагітним жінкам.

Джерело
15 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

У лікувальних закладах першого етапу медичної евакуації проводиться **внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне медичне сортування**, а на другому етапі — **переважно внутрішньопунктове**.

Види медичного сортування

- **розподільне** - розподіл прибулих на етап медичної евакуації поранених і хворих на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи даного етапу в установленій послідовності;
- **евакуаційно-транспортне** - розподіл прибулих поранених і хворих на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами їх подальшої евакуації;

Медичне сортування в лікувальних закладах має діагностичний та прогностичний характер. Для проведення сортування залучаються **найбільш кваліфіковані лікарі**. Так само, як і на догоспітальному етапі, створюються сортувальні бригади в складі лікаря, двох медичних сестер, санітарів-носієв. Результати медичного сортування реєструються в медичних документах. Медичне сортування проводиться на сортувальному майданчику або в приміщенні приймально-сортувального відділення (в холодну пору року). На цьому етапі в першу чергу необхідно виділяти уражених, які небезпечні для оточуючих:

- **із зараженням тіла чи одягу СДОР, токсичними та радіоактивними речовинами**. Їх направляють для повної санітарної обробки до санпропускника;
- **із психічними розладами та інфекційні хворі**. Їх направляють відповідно до психоневрологічного та інфекційного ізолятора (лікарні).

Джерело
Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Усі інші уражені розподіляються на **чотири групи** відповідно до діагнозу, стану, можливості виникнення подальших ускладнень та інших показників.

До першої групи відносяться постраждалі з ураженнями, несумісними з життям. Вони знаходяться в термінальному стані або агонізують. В основному такі постраждалі потребують заходів, що полегшують їх стан, але щодо них необхідно проявляти особливу обережність, оскільки не завжди можливо правильно визначити тяжкість стану. Ці потерпілі потребують лікування в реанімаційному відділенні (палатах) або в палатах інтенсивної терапії.

До другої групи входять потерпілі з тяжкими ураженнями, що супроводжуються прогресуючими розладами життєвих функцій, для усунення яких потрібне термінове вживання лікувально-профілактичних заходів. Таким постраждалим необхідно надавати медичну допомогу, у тому числі проводити оперативні втручання, за життєвими показаннями. Як правило, вони є тимчасово нетранспортабельними й медична допомога надається їм у повному обсязі, у першу чергу в тих лікувальних закладах, куди вони надійшли.



Джерело

17 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Усі інші уражені розподіляються на **чотири групи** відповідно до діагнозу, стану, можливості виникнення подальших ускладнень та інших показників.

Третя група — постраждалі з тяжкими та середньої тяжкості ураженнями з незначними функціональними розладами або без них, без безпосередньої загрози для життя і відносно сприятливим прогнозом для життя, відновлення здоров'я та працездатності. Медична допомога їм може бути відкладеною й надаватися в другу чергу. Відкладання медичної допомоги не виключає можливості тяжких ускладнень, тому необхідно прагнути надати медичну допомогу цій групі постраждалих якомога швидше в повному обсязі.

Четверта група — постраждалі з легкими та середнього ступеня тяжкості ураженнями. Залежно від стану їх можна направляти після надання медичної допомоги на амбулаторно-поліклінічне лікування. Медична евакуація їх не здійснюється, прогноз для відновлення здоров'я та працездатності сприятливий.



Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

18

Медичне сортування. Організація та принципи медичного сортування поранених і хворих

У ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ



Джерело

19 Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

Розподіл на евакуаційні групи за станом тяжкості має відносний характер і залежить від багатьох факторів, у тому числі від кваліфікації лікарів, які проводять медичне сортування, кількості одночасного надходження уражених на етап медичної евакуації, часу з моменту ураження, обсягу та якості раніше наданої допомоги, характеру ураження та інших. Крім провідних ознак, за якими визначається ступінь тяжкості стану уражених, необхідно враховувати, що при окремих ураженнях з часом стан постраждалого може значно погіршитись. Особливо це може бути при комбінованих ураженнях, при яких існує інкубаційний період (механічні травми, опіки, ускладнені ураженням СДОР, радіоактивними речовинами, збудниками інфекційних хвороб).

Тому в кожному окремому випадку необхідно визначити, який фактор є провідним, а який другорядним та який вплив на стан постраждалого вони матимуть із часом.

Завершенням медичного сортування є реалізація заходів щодо медичної евакуації.

Джерело: <https://www.youtube.com/channel/UC6ujOeLYRiwi9pdhrMBtDGg>

УДК 614.2:355.247:711.555:355.3

DOI: <https://doi.org/10.22141/2306-2436.11.2.2022.299>

Шекера О. Г.^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ЛІКУВАЛЬНО- ЕВАКУАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК (презентація)

Особливості організації сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ

Система медичного забезпечення військ



Організація своєчасних і послідовно проведених заходів щодо надання адекватної медичної допомоги і лікування уражених на етапах медичної евакуації з обов'язковим транспортуванням їх з осередку бойових дій до лікувальних установ відповідно до характеру отриманого ушкодження, тобто за медичними показаннями, є одним із найважливіших елементів системи медичного забезпечення військ.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

2

© «Здоров'я суспільства» / «Health of Society» («Zdorov'a suspil'stva»), 2022

© Видавці Міжнародна громадська організація «Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства», Заславський О.Ю. / Publishers International Public Organization "International Association "Health of Society", Zaslavsky O.Yu., 2022

Для кореспонденції: Шекера Олег Григорович, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112, Україна; e-mail: associomed@ukr.net

For correspondence: Oleg Shekera, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Dorogozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine; e-mail: associomed@ukr.net

Особливості організації сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ

Система медичного забезпечення військ



Розподіл процесу лікування в районах бойових дій призводить до необхідності розробки єдиної концепції (доктрини) патогенезу, діагностики й лікування різноманітних уражень, яка є обов'язковою для всіх медичних працівників, що в поєднанні з однаковою класифікацією та медичною документацією забезпечує послідовність проведення лікувальних заходів на етапах медичної евакуації.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

3

Особливості організації сучасної системи лікувально-евакуаційного забезпечення військ

Рівні (ешелони) медичного забезпечення



Рівень (ешелон) медичного забезпечення (етап медичної евакуації в старій термінології) – це сили й засоби медичної служби (медичні підрозділи, частини й заклади), що розгорнуті для прийому, медичного сортування, надання певного стандартизованого виду медичної допомоги, лікування поранених і хворих, підготовки до подальшої евакуації; проведення санітарних і протиепідемічних заходів; забезпечення медичним майном; здійснення медичного захисту військ.

Виділяють **чотири основні рівні (ешелони)** медичного забезпечення.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

4

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Перший рівень (ешелон) медичного забезпечення



Перший рівень. Медичний пункт батальйону (іншої окремої частини), укомплектований лікарем загальної практики, гарантує перший рівень медичного забезпечення. Для нього характерна наявність мінімальної кількості ліжок для проведення невідкладних заходів із стабілізації стану постраждалих. Є можливості для проведення основних лабораторних тестів та надання первинної допомоги при виникненні бойового стресу. Для першого рівня (ешелону) можуть бути впровадженими стандарти надання первинної лікувально-профілактичної допомоги, що прийняті в мирний час.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

5

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Другий рівень (ешелон) медичного забезпечення



Другий рівень. Медична рота бригади (іншої окремої частини), військовий мобільний госпіталь, що укомплектовані лікарями – фахівцями загального профілю, гарантують формування другого рівня (ешелону) медичного забезпечення.

Другий рівень забезпечує проведення загальних хірургічних утручань, у тому числі невідкладних із метою збереження життя та кінцівок, інтенсивної терапії, стоматологічної допомоги, польових лабораторних досліджень, переливання крові, захист поранених і хворих від зброї масового ураження.

Додатковими завданнями можуть бути проведення, якщо треба, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, лікування бойового стресу. Можливості закладів медичного забезпечення другого рівня можуть відрізнятися залежно від призначення; тут можуть бути впровадженими стандарти надання як первинної, так і вторинної лікувально-профілактичної допомоги, прийняті в мирний час.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації.

6

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Третій рівень (ешелон) медичного забезпечення



Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

7

Третій рівень. Медичні заклади третього рівня (ешелону) володіють можливостями другого рівня, які розширені хірургічною допомогою, інтенсивною терапією і післяопераційним доглядом, терапевтичною, стоматологічною, сестринською допомогою та більш досконалою діагностичною базою. Окрім ліжок для тяжко хворих, функціональні підрозділи третього рівня мають достатні умови для остаточного лікування тих пацієнтів, які, відповідно до евакуаційної політики, з цього рівня повертаються до строю.

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Третій рівень (ешелон) медичного забезпечення



Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

8

Медичні підрозділи посиленого **третього рівня** володіють однією або більше з можливостей: спеціалізована хірургічна допомога (нейрохірургічна, щелепно-лицьова, допомога постраждалим з опіками тощо), застосування складних діагностичних заходів (комп'ютерна томографія, ФГДС, артроскопія, лабораторні дослідження), військово-лікарська експертиза тощо.

Для третього рівня можуть бути впроваджені стандарти надання як вторинної, так і третинної лікувально-профілактичної допомоги, що прийняті в мирний час.

Функцію військово-медичних частин і закладів **третього рівня** можуть виконувати стаціонарні, відповідно оснащені й розгорнуті в мирний час, військові госпіталі (базові, центральні).

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Четвертий рівень(ешелон) медичного забезпечення



Четвертий рівень. Медичні заклади четвертого рівня забезпечують **вичерпну медичну допомогу** тим пацієнтам, для яких термін необхідного лікування більший, ніж термін, визначений евакуаційною політикою або для лікування яких наявні ресурси третього рівня недостатні.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

9

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Четвертий рівень(ешелон) медичного забезпечення



До функціональних обов'язків четвертого рівня зазвичай входить проведення заходів високоспеціалізованої хірургічної та терапевтичної допомоги, реконструкції та реабілітації. Для четвертого рівня характерне впровадження стандартів лікувально-профілактичної допомоги, що прийняті в мирний час.

Функцію медичних закладів **четвертого рівня**, у єдиному медичному просторі, можуть виконувати стаціонарні, відповідно оснащені й розгорнуті в мирний час військові госпіталі (ГМКЦ ГВКГ, ВМКЦ регіонів) та лікувальні заклади ТерГБ МОЗ України.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

10

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Рівні (ешелони) медичного забезпечення



Мінімальні наявні ресурси нижчого рівня (ешелону) обов'язково властиві військово-медичним частинам і закладам більш високого рівня.

Рівень надання допомоги в медичному закладі не може бути зменшеним нижче від мінімальних можливостей, які визначені його числовою характеристикою (наприклад, не існує рівня два з позначкою мінус).

Мінімальні наявні ресурси можуть бути збільшеними шляхом надання посилених можливостей; їх наявність позначається позначкою плюс (наприклад, рівень два з позначкою плюс).

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

11

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України



Сьогодні сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України виглядає таким чином: РТГр (домедична допомога) – БТГр (перша лікарська допомога) – ВМГ/ЦРЛ (кваліфікована медична допомога) – ВГ/ВМКЦ (спеціалізована медична допомога).

Зростання бойової ефективності сучасних засобів озброєної боротьби, особливо високоточних боеприпасів, дає можливість здійснювати нанесення потужних і раптових руйнівних вогневих ударів на велику глибину – сотні кілометрів, без висування й повного розгортання основних угруповань військ. Тому на **сьогодні бойові дії ведуться переважно ротними й батальйонними тактичними групами (РТГр та БТГр).**

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

12

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення на рівні РТГр



Постраждалих доставлятимуть до **медичного пост роти (МПР)**, в основному методом виносу за рахунок позаштатних санітарів-носітьників взводів. З урахуванням можливих санітарних втрат на рівні РТГр санітарним інструктором роти завчасно призначаються 2–3 ланки позаштатних санітарів-носітьників.

На рівні РТГр, як і за класичною схемою ЛЕЗ, організовується МПР або пост санітарного транспорту, поблизу РТГр. Організацію медичного забезпечення в РТГр **покладено на санітарного інструктора**, у функціональному підпорядкуванні якого перебувають стрільці-санітари взводів.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

13

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення на рівні БТГр



На рівні БТГр медичне забезпечення організовує **начальник медичного пункту батальйону (МПБ)**.

Відповідно до рекомендацій Доктрини з медичного забезпечення НАТО, даних багатьох наукових досліджень, перша лікарська допомога пораненому має бути наданою протягом однієї години з моменту поранення – **правило золоті години**.

Із урахуванням часу, затраченого на евакуацію пораненого з поля бою до МПР, для забезпечення принципу своєчасності надання медичної допомоги очевидним є те, що на МПБ необхідна присутність лікаря.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

14

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення на рівні БТГр



Одночасно, ураховуючи особливі умови, **неоднорідність виникнення санітарних втрат у ротах**, а також їх розташування на місцевості, є необхідним забезпечити МПБ броньованими медичними машинами.

З наведеного вище видно, щогодини на МПБ надходитимуть поранені й хворі, з яких **50 % потребуватимуть виконання заходів першої лікарської допомоги**.

Ураховуючи можливий час, що може затратитися на надання першої лікарської допомоги одному пораненому (до 20 хв), один лікар не в змозі надати протягом 1 години допомогу пораненим, які її потребуватимуть. Тому в сучасних умовах МПБ БТГр та базових таборів додатково посилюється медичним відділенням (мобільним) із медичної роти бригади.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації. 2015

15

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення на рівні МПБ



Організаційно-штатна структура медичного відділення (мобільного) медичної роти бригади складається з лікаря, фельдшера, медичних сестер, санітарів та водіїв-санітарів. Дані інновації сприяють якісній організації першої лікарської допомоги на рівні МПБ.

Тому **на сучасні медичні роти бригади покладено функції з організації посилення МПБ**, забезпечення проведення евакуації «через себе», а також надання амбулаторного та стаціонарного лікування до 5 діб. Відповідно до наведеного організаційно до медичної роти бригади входять 3 мобільних медичних відділення, 1 стаціонарне медичне відділення та інші підрозділи.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації.

16

Сучасна система лікувально-евакуаційного забезпечення, її принципи

Сучасна схема лікувально-евакуаційного забезпечення ЗС України



Місце та обсяги надання кваліфікованої чи спеціалізованої медичної допомоги залежали від тактичних, метеорологічних та інших чинників. У цілому, після надання невідкладних заходів першої лікарської допомоги близько 30 % поранених були евакуйовані з зони ведення збройного конфлікту бойовими вертольотами безпосередньо до ВГ або ВМКЦ. Проте переважна більшість поранених (72 %) з місць збройних протистоянь (блокування, супровід колон, базові табори тощо) автомобільним медичним транспортом доставлялись до ЦРЛ або ВМГ, де їм надають кваліфіковану медичну допомогу. У подальшому поранених евакуюють на етап спеціалізованої медичної допомоги до стаціонарних ВГ, ВМКЦ, ГВМКЦ або лікувальних закладів охорони здоров'я.

Джерело

Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій). Методичні рекомендації

17

Джерело: <https://www.youtube.com/channel/UC6ujOeLYRiwi9pdhrMBtDGg>