

УДК 614.2(1-07):616-089

А. О. Бондаревський¹, Б. М. Коваль²¹ Українська військово-медична академія, Київ² Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

РІВНІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СУЧАСНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ

Проаналізовано досвід медичного забезпечення та зокрема хірургічної допомоги у сучасних збройних конфліктах та міжнародних миротворчих операціях під егідою ООН та НАТО. Наведено характеристику загальноприйнятих рівнів медичного забезпечення. Проведено порівняння із системою медичного забезпечення бойових дій під час антитерористичної операції в Україні. Реорганізація медичної служби Збройних сил України на підставі впровадження принципів медичного забезпечення країн НАТО є запорукою збереження здоров'я особового складу та надання допомоги за найвищими стандартами у разі поранення і травмування.

■ **Ключові слова:** воєнно-польова хірургія, рівні медичного забезпечення, медичне забезпечення антитерористичної операції.

Сучасні військові конфлікти не мають притаманних війнам минулого рис — широких фронтів, ешелонування сил та засобів, тилового забезпечення від поля бою до віддалених територій углиб країни. Сучасні війни стали асиметричними — немає чіткої постійної лінії фронту, є окремі вогнища збройного протистояння, які швидко змінюють локалізацію, потребують мобільності як самих бойових підрозділів, так і всіх служб забезпечення; найголовніший транспорт, який здійснює сполучення між окремими підрозділами і тилowymi базами, — авіація. У таких умовах медичне забезпечення бойових дій у вигляді етапів з конкретизацією відстаней та ешелонованих підрозділів недоцільне та застаріле [1].

Досвід бойових дій країн НАТО зумовив формування доктрини окремих рівнів надання медичної допомоги з чітко визначеними її обсягами. За умови тотального застосування сил авіації будь-який рівень у будь-який момент часу може бути розташований там, де потребує тактична обстановка, може бути посилений мобільними передовими групами вищого рівня (і, відповідно, наблизити хірургічну допомогу безпосередньо до зони бойових дій) для виконання трьох сучасних вимог до військової медицини — зберегти життя, зір та кінцівку [5].

РІВНІ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Будь-яка військова медична доктрина передбачає систему медичного забезпечення, обов'язковими елементами якої є сортування, лікування, евакуація та повернення військовослужбовців до виконання своїх обов'язків. Ці складові реалізують найбільш оптимальним та прийнятним для конкретної обстановки шляхом.

Медичне забезпечення розпочинається на полі бою та завершується у реабілітаційно-відновних медичних центрах країни. Початковою на полі бою є перша медична допомога (шляхом надання самопомоги та взаємодопомоги стрільками-санітарами (combat lifesaver). Поетапно швидко здійснюються заходи невідкладної медичної допомоги, першої лікарської допомоги у скороченому або повному обсязі (advanced trauma management), а за наявності відповідних умов — хірургічну стабілізацію. В подальшому застосовують евакуацію на тлі заходів інтенсивної терапії адресно на той рівень, де найбільш адекватно буде надана допомога конкретному пораненому при конкретній травмі [3, 4, 8].

У системі медичного забезпечення НАТО розрізняють п'ять рівнів медичної допомоги (levels of roles), які за обсягом та змістом з певним наближенням можна зіставити з традиційними для

наших реалій етапами медичної допомоги [5]. Рівні медичної допомоги у військовій системі не слід плутати з рівнями центрів травми цивільної системи охорони здоров'я (там немає різниці в якості, а лише в обсязі та можливостях). На кожному вищому наступному рівні здійснюються стандартизовані за обсягом для цього етапу сортувальні, лікувально-діагностичні та евакуаційні заходи, та передбачається виконання заходів попереднього нижчого рівня (якщо вони не виконувалися, або є потреба у виправленні). Військовослужбовці з невеликими пошкодженнями можуть повернутися до виконання службових обов'язків після нескладного лікування у медичних закладах в зоні збройного конфлікту. Решту готують до медичної евакуації (у супроводі медичного працівника) на вищі рівні надання медичної допомоги.

РІВЕНЬ I

Перша невідкладна медична допомога надається на полі бою (осередок санітарних втрат) [4].

Першу допомогу та невідкладні заходи для врятування життя здійснюють у вигляді самопомоги та взаємодопомоги, а також немедичним персоналом, спеціально підготовленим для надання такої допомоги (combat lifesaver). Раніше у збройних силах (ЗС) таку функцію покладали на стрільків-санітарів взводів та рот, які проходили відповідні програми навчання.

Заходами першої допомоги є [3, 4]:

- тимчасова зупинка зовнішньої кровотечі (при артеріальній — шляхом накладання джгута, при венозній та капілярній — стискальна пов'язка);
- усунення асфіксії (відкривання рота, евакуація чужорідних тіл, слизу, крові або блювотних мас з порожнини рота, фіксація язика, перевернення постраждалого на живіт або на бік);
- усунення відкритого пневмотораксу шляхом накладання оклюзійної пов'язки на рану грудної стінки та усунення напруженого пневмотораксу шляхом голкової пункції у II—III міжребер'ї по середньо-ключичній лінії;
- закриття будь-яких ран асептичною пов'язкою (опікових — відповідними пов'язками);
- транспортна іммобілізація штатними та підручними засобами при переломах трубчастих кісток, пораненнях суглобів, поширеному руйнуванні покривних тканин, пошкодженні магістральних судин, синдромі тривалого розчавлення;
- знеболювання (табельні анальгетики внутрішньом'язово);
- профілактика інфекційних ускладнень (табельні таблетовані антибіотики).

Згідно зі стандартами ООН і НАТО всі військовослужбовці мають пройти навчання щодо надання першої медичної допомоги, яке передбачає: серцево-легеневу реанімацію, контроль кровотечі, іммобілізацію, накладання пов'язок, транспорту-

вання поранених та евакуацію, комунікацію з іншими рівнями медичної допомоги та обізнаність зі звітністю щодо обліку випадків поранення та травм. Таку допомогу необхідно надати у перші 5—10 хв після поранення («платинова хвилина»), що дає змогу врятувати життя пораненим з профузною кровотечею та гострими порушеннями дихання. У кожного військовослужбовця має бути індивідуальна медична аптечка. Крім того, на всіх робочих місцях (майстерні, склади, кухня), автомобілях, бойових машинах, у парамедиків, стрільків-санітарів додатково передбачено розширену медичну аптечку, до складу якої входять пов'язка мала (5 шт.) та велика, протиопікова пов'язка, хустинка (5 шт.), стерильні серветки (10 шт.), бинти (5 шт.), стерильна вата (100 г), антисептична рідина (1 пляшечка), пластир, ножиці, маска, медичні рукавички, артеріальний джгут (останній є у кожного військовослужбовця під час місії НАТО) [2, 7].

Зазначену допомогу в розширеному обсязі (на полі бою) також надають спеціально підготовлені військовослужбовці, які отримали на спеціалізованих курсах основи медичних знань. Це група так званих фахівців із травми (trauma specialist — combat medic). Вони додатково виконують перевірку, виправлення (накладання) джгутів, пов'язок та шин, внутрішньовенне або внутрішньокісткове введення плазмозамінників, сольових розчинів, усунення асфіксії шляхом постановки назофарингеального або орофарингеального повітровода, застосування аспіраторів, інгаляції кисню, додатково вводять наркотичні анальгетики. Раніше ці заходи здійснював фельдшер батальйону.

На початковому етапі на полі бою також передбачено застосування заходів з лікування радіологічних, біологічних та хімічних пошкоджень, постраждалих унаслідок дії токсичних промислових агентів, профілактику можливих загальних та інфекційних захворювань, бойового стресу, небойових ушкоджень.

Перший рівень допомоги передбачає розгортання стаціонарного або мобільного медичного закладу I рівня (Level I medical treatment facility — Level I MTF). Цей заклад можна порівняти з медичним пунктом батальйону у ЗС України, проте на Level I MTF передбачено роботу лікаря загальної практики. Додатково у штаті передбачені помічник лікаря (фельдшер) та санітар.

Завданнями Level I MTF є сортування, лікування у визначеному обсязі (зокрема лікування легкопоранених з подальшим їх поверненням до виконання професійних обов'язків) та евакуація (за потреби після стабілізації) поранених на вищій рівень надання допомоги. На цьому рівні не передбачено проведення хірургічних втручань, немає ліжкового фонду для перебування хворих. Можливе застосування хімічного та біологічного захисту персоналу.

У спеціальних штурмових підрозділах (зокрема морської піхоти США) передбачено під час бойових операцій застосування протишокового загону, тобто мобільної групи у складі 2 лікарів, яка здійснює протишовкові заходи тяжкопораненим на місці травми та готує їх до евакуації. Не передбачено виконання хірургічних втручань. Термін перебування хворих під курацією загону — до 3 год.

На цьому рівні чітко визначено перелік складних лікувальних та реанімаційних маніпуляцій (табл. 1), які безпосередньо в зоні бойових дій мають виконувати лікарі первинної ланки (загальної практики). «Малі» операції (в звичному розумінні для вітчизняної медицини) за стандартом надання медичної допомоги у країнах НАТО віднесені до лікарських маніпуляцій і мають бути виконані в умовах Level I MTF лікарем загальної практики [7].

РІВЕНЬ II

На цьому рівні збільшуються можливості надання допомоги. Є ліжковий фонд для поранених (у сухопутних військах країн НАТО у закладі II рівня (Level II MTF) передбачено 20—40 ліжок з термінами лікування до 72 год.

Продовжують заходи попереднього рівня медичної допомоги. Надають лікарську, стоматологічну, хірургічну допомогу, проводять рентгенологічні та лабораторні дослідження, заходи стрес-контролю серед комбатантів [2, 5].

Передбачено переливання крові універсального донора O(I), Rh(–) або Rh(+). У закладі зберігається до 4 л заготовленої еритроцитарної маси.

На цьому етапі проводять операції для усунення станів, які загрожують життю, за принципом damage control surgery (багатоетапне хірургічне лікування, або хірургія контролю пошкоджень). Хірургічні заходи та протишовкове лікування зазвичай застосовують паралельно.

Суть та обсяг заходів (первинної хірургічної обробки), які проводять за життєвими показаннями після отримання поранення:

- при внутрішньоплевральній кровотечі, яка триває, при пораненні серця, судин середостіння — торакотомія (типова, або за типом стулок молюска) — зупинка кровотечі шляхом прошивання судини, атипична резекція легені, дренирування плевральної порожнини;

- при внутрішньочеревній кровотечі, яка триває, — лапаротомія, перев'язка пошкоджених судин, тампонада пошкоджених паренхіматозних органів, закриття ран порожнистих органів однорядним або апаратним швом, ушивання кінців пораненої товстої кишки апаратним швом без виведення колостоми, лапаростомія;

- зупинка зовнішньої кровотечі (перев'язка пошкоджених немагістральних судин, тампонада рани);

- тимчасове протезування при пошкодженні магістральних судин кінцівок, сонних артерій;

Таблиця 1
Перелік лікарських маніпуляцій, які відповідно до стандартів ООН, мають виконувати у медичному закладі I рівня

№	Вид допомоги	Маніпуляції
1	Забезпечення прохідності дихальних шляхів	<ul style="list-style-type: none"> • Установлення орофарингеального або назофарингеального зонда • Евакуація патологічного вмісту ротоглотки за допомогою відсмоктувача • Інтубація трахеї • Конікотомія • Трахеотомія і трахеостомія • Усі методи допоміжного та штучного дихання
2	Лікування пневмогідротораксу	<ul style="list-style-type: none"> • Торакопункція, торакоцентез • Дренування плевральної порожнини
3	Забезпечення інфузійної терапії, лікування шоку	<ul style="list-style-type: none"> • Венепункція • Венесекція • Внутрішньокісткове введення інфузійних розчинів
4	Локальне знеболювання	<ul style="list-style-type: none"> • Інфільтраційна та провідникова анестезія при малих хірургічних втручаннях • Новокаїнова блокада при переломах довгих трубчастих кісток, ребер
5	Малі оперативні втручання	<ul style="list-style-type: none"> • Розкриття поверхневих гнійників • Видалення нігтя, який вріс • Ушивання поверхневих лінійних ран
6	Гемостаз	<ul style="list-style-type: none"> • Накладання артеріального джгута, гемостатичних пов'язок, зажиму • Зупинка зовнішньої кровотечі шляхом перев'язки судини або її прошивання
7	Лікування ранових та опікових поверхонь	<ul style="list-style-type: none"> • Перев'язка ранових поверхонь • Розсічення циркулярних компресійних опіків
8	Діагностичні та лікувальні процедури	<ul style="list-style-type: none"> • Промивання зовнішнього слухового проходу • Катетеризація сечового міхура • Отоскопія • Риноскопія • Офтальмоскопія • Ректороманоскопія • Накладання шин сучасних конструкцій, транспортна іммобілізація

- конікотомія або трахеотомія при асфіксії у поранених у щелепно-лицьову ділянку та шию;
- лікувально-транспортна іммобілізація апаратами зовнішньої фіксації, зокрема тазового кільця, та при тимчасовому протезуванні магістральних артерій кінцівок, фасціотомія для профілактики компартмент-синдрому;
- первинна ампутація при руйнуваннях кінцівок з кровотечею.

Хірургічні втручання в обсязі damage control surgery виконують за можливості своєчасної евакуації на наступний рівень медичної допомоги авіатранспортом.

Доведено ефективність застосування передових мобільних хірургічних підрозділів, що дає змогу наблизити хірургічну допомогу до зони бойових дій [5, 6]. Так, у сухопутних військах НАТО існує передова хірургічна група (Forward Surgical Team). За штатним розписом це 20 медиків, серед них 1 ортопед-травматолог, 3 загальних хірурги, 2 медсестри, що спеціалізуються на анестезії, сестра реанімаційної служби та медичні техніки (аналога у вітчизняній медицині не існує. Вони не мають базової медичної освіти, навчені до автоматизму виконувати великий перелік складних маніпуляцій (інекції, доступи до судин для інфузії та ін.)). У міжбойовий період передова хірургічна група дислокується разом із медичною ротою та перебуває на її логістичному і спеціальному забезпеченні (рентгенологічні та лабораторні дослідження, адміністративний супровід пацієнтів). Нормативами передбачений початок роботи групи через 1 год після розгортання з терміном автономної діяльності до 72 год. Устаткування та персонал можуть бути транспортовані наземним або будь-яким авіатранспортом (також передбачена можливість десантування). Передова хірургічна група може розгорнути операційну на 2 столи. Роботу планують із розрахунку до 10 операцій/добу або до 30 операцій протягом 72 год роботи. Інтенсивне післяопераційне лікування можливе для групи з 8 пацієнтів протягом 6 год.

У військово-повітряних силах (ВПС) передбачена мобільна передова хірургічна група (Mobile Field Surgical Team). За штатним розписом це 5 медиків (1 ортопед-травматолог, 1 загальний хірург, 1 анестезіолог, 1 лікар з інтенсивної терапії та невідкладної допомоги, 1 сестра реанімаційної служби або медичний технік). Передбачена автономна робота групи протягом 48 год з виконанням до 10 невідкладних оперативних втручань (грудна клітка/живіт/кінцівки). Також у складі ВПС є медична аеромобільна група швидкого реагування (Small Portable Expeditionary Aeromedical Rapid Response (SPEAR) team): 7 днів автономної роботи, виконання до 10 втручань протягом 24—48 год. Аналогічні високомобільні та автономні хірургічні підрозділи передбачені для посилення медичного забезпечення бойових операцій у військово-морських силах (ВМС) і морській піхоті США та НАТО.

У сучасних умовах медичного забезпечення під час проведення антитерористичної операції (АТО) в Україні допомогу другого рівня (Level II MTF) надають передові військові мобільні шпиталі МО України та/або цивільні районні лікарні [1].

РІВЕНЬ III

Це найвищий рівень у системі медичного забезпечення, який розгортають у зоні збройного конфлікту. Має власний ліжковий фонд для тривалого лікування тих військовослужбовців, які після одужання повернуться до виконання службових обов'язків [1, 2, 5].

Усі заклади цього рівня (Level III MTF) розгортають за модульним принципом, можуть змінювати локацію залежно від загальної тактичної обстановки.

Типовим медичним закладом III рівня є загальнопрофільний госпіталь для поранених (Combat Support Hospital (CSH), призначений для медичного забезпечення армійського корпусу, який має повне незалежне логістичне забезпечення (зокрема можливість утримання в'язнів). Він має здійснювати всі реанімаційні (зокрема доевакуаційні) та хірургічні втручання (загальнохірургічні, травматологічні, урологічні, нейрохірургічні, щелепно-лицьові), післяопераційну інтенсивну терапію, повернення військовослужбовців до виконання службових обов'язків або евакуацію у шпиталі вищого рівня. Зазвичай це 300-ліжковий шпиталь (близько 100 ліжок є реанімаційними). До складу його штату входять близько 600 осіб, розгорнуто до 8 операційних столів (хірургічні бригади працюють до 144 год/добу). Лікувальний процес додатково забезпечують центр переливання крові, потужна клінічна лабораторія, центр променевої діагностики із комп'ютерним томографом. Функціонально госпіталь завжди поділений на 2 модулі, один з яких менший за розміром і може у будь-який момент передислокуватися. Його частіше завантажують насамперед для первинного сортування та надання екстреної допомоги найтяжчому контингенту поранених. Окремі CSH мають гінекологічні відділення. Такі високоспеціалізовані підрозділи, як ЛОР, офтальмологічні, судинні/кардіохірургічні та нейрохірургічні, до складу медичних закладів не входять, а є групами підсилення зі своїм власним штатом та обладнанням [5, 6].

У сучасних умовах медичного забезпечення під час проведення АТО в Україні спеціалізовану допомогу третього рівня надають хірурги вузького профілю (військові або мобілізовані), яких скеровують в окремі медичні заклади, наближені до лінії бойових дій [1].

У ВПС НАТО типовими медичними закладами III рівня є Expeditionary Medical Support (EMEDS +25) Basic — 25-ліжкові шпиталі з 2 операційними столами та можливістю виконання до 48 операцій за 2 доби (що забезпечують 84 особи медичного персоналу). У ВМС заклади III рівня представлені

Т а б л и ц я 2

Суть та обсяг спеціалізованої хірургічної допомоги при окремих видах травм та пошкоджень, яку надають у закладах III рівня

Вид пошкодження	Обсяг та суть хірургічного втручання
Поранення голови та шиї, опіки верхніх дихальних шляхів за наявності асфіксії	Усунення асфіксії – інтубація трахеї, трахеотомія, ПХО ран
Непроникні та проникні поранення голови, черепа, із зовнішньою кровотечею*	Зупинка зовнішньої кровотечі (перев'язка та прошивання судин). При кровотечі із синусів твердої мозкової оболонки – трепанація черепа, тампонада синуса. ПХО черепа, головного мозку
Непроникні та проникні поранення голови, черепа, із синдромом стиснення головного мозку*	Декомпресивна трепанація черепа
Поранення шиї з пошкодженням шийного відділу хребта та спинного мозку, інших відділів хребта та спинного мозку зі стисненням*	ПХО, ХО ран хребта та спинного мозку, декомпресивна ламінектомія, остеосинтез переломів
Поранення ока із кровотечею. Симпатичне запалення	ПХО рани, зупинка кровотечі, первинна енуклеація або евісцерація ока
Поранення ЛОР-органів із кровотечею	При кровотечі з вуха – трепанація сигмоподібного синуса і його тампонада При носовій кровотечі – передня / задня тампонада, за неефективності – перев'язка / емболізація зовнішньої сонної артерії При кровотечі із синусів – розкриття синусів та їх тампонада
Поширені поранення вуха, носа з пошкодженням кісток	При пораненні навколонуосових пазух – співустя з порожниною носа, кісткова пластика
Тяжкі щелепно-лицьові поранення	Остеометалосинтез переломів, пластика дефектів
Глибокі поранення шиї із зовнішньою кровотечею або імбібіцією в тканини, яка триває	ПХО, ХО ран шиї, остаточна зупинка кровотечі шляхом перев'язки дрібних судин (вен), відновлення загальної та внутрішньої сонної артерії
Проникні поранення та закриті травми грудної клітки, із кровотечею, що продовжується	ПХО рани, торакотомія, зупинка кровотечі. Альтернативним є виконання торакоскопії
Проникні поранення та закриті травми грудної клітки із травмою стравоходу	Торакотомія, усунення пошкодження, дренивання середостіння з активним дрениванням та аспірацією
Поранення серця, великих судин (з/без тампонади серця)	Торакотомія (зокрема за типом Clampshell thoracotomy), ушивання ран серця та судин
Проникні поранення та закриті травми грудної клітки із великим гемотораксом	Торакоцентез, адекватне низьке дренивання, при наростанні гемотораксу – торакотомія Альтернативним методом є торакоскопія
Проникні поранення та закриті травми грудної клітки з напруженим пневмотораксом або напруженою емфіземою середостіння	Торакоцентез, адекватне дренивання Альтернативним методом є торакоскопія Медіастинотомія За неефективності – торакотомія, аеростат, ушивання бронха
Відкритий пневмоторакс	ПХО рани, адекватне дренивання грудної порожнини та ушивання рани грудної стінки
Травми грудної клітки з множинними, флотуючими переломами, формуванням реберного клапана	Витяжіння за груднину, пластика спицями з відеоасистенцією
Проникні поранення живота з кровотечею, евентрацією, пошкодженням порожнистих органів	Лапаротомія, остаточна зупинка кровотечі, відновлення пошкоджених органів, формування колостами при лівобічній локалізації пошкодження товстої кишки
Торакоабдомінальні пошкодження із кровотечею	Дренивання плевральної порожнини, при стабільному стані – торакоскопія, лапароскопія

Т а б л и ц я 2 . П р о д о в ж е н н я

Вид пошкодження	Обсяг та суть хірургічного втручання
Поранення і травми таза із нестабільними переломами, внутрішньотазовою кровотечею	Зовнішня фіксація тазового кільця, гемостаз За неефективності — позаочеревинна тампонада таза, ендovasкулярна ангіоемболізація гілок внутрішньої здухвинної артерії
Позаочеревинні травми сечового міхура, пошкодження уретри	Цистостомія, ушивання рани сечового міхура, дренажування паравезикальних просторів, тунелізація, первинна пластика уретри
Поранення зовнішніх статевих органів із кровотечею	Перев'язка судин, ПХО ран статевих органів
Поранення кінцівок із пораненням магістральних судин з кровотечею	Реконструктивні втручання на магістральних судинах, іммобілізація апаратами зовнішньої фіксації, фасціотомія
Руйнування сегментів кінцівки	Остаточна ампутація
Глибокі термічні опіки із компресією, відмороження	Некротомія, декомпресія циркулярних опіків, нефректомії, шкірна пластика через 3–5 діб після опіків, після глибоких відморожень — ампутація сегментів на 5–6-ту добу

ПХО — первинна хірургічна обробка; ХО — хірургічна обробка.

* Виконує лише нейрохірург.

500-ліжковими стаціонарними шпиталями та 1000-ліжковими шпиталями на кораблях. У плавучих госпіталях 10 % койок є реанімаційними. Вони мають штат із 1000 осіб (з них 50 лікарів) та обмеження щодо терміну лікування пацієнтів (до 5 діб).

Шпиталь EMEDS, який наданий у вигляді гуманітарної допомоги США, розгорнутий та функціонує в зоні АТО та дислокований з урахуванням терміну доставки пораненого в межах «золотої» години.

На III рівні медичної допомоги надається спеціалізована хірургічна допомога хірургами різних спеціальностей із застосуванням сучасних високотехнологічних методів діагностики та лікування (табл. 2) [5, 7]. Оперативні втручання на цьому етапі можуть бути як первинні (для групи легкопоранених, яких не оперували на попередніх етапах або в яких не були діагностовані окремі пошкодження), так і вторинні етапні (згідно з концепцією *damage control surgery*).

Розгортають шпиталі III рівня поблизу або на аеродромах та вертолітних майданчиках, що є запорукою забезпечення ефективної роботи (прийом та етапна евакуація поранених).

РІВЕНЬ IV ТА V

Рівень IV — це надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги у лікувальних установах за межами зони бойових дій (Level IV MTF), але в зоні відповідальності оперативного командування сил. Акцент робиться на реабілітаційні та реконструктивно-відновні оперативні втручання на органах та системах.

В Україні високоспеціалізована (Level IV MTF) допомога під час проведення АТО надається в широкопрофільних обласних лікарнях та військових шпиталях (військово-медичні клінічні центри регіонів), віддалених від бойових дій [1].

Рівень V — це остаточний етап реабілітації (зокрема протезування, імплантація штучних кінцівок та ін.) у високоспеціалізованих реабілітаційних центрах (Level V MTF). Це комбінація загальномедичного, хірургічного, психологічного реабілітаційного лікування з метою адаптації та повернення травмованого військовослужбовця до активного цивільного життя. Діяльність відповідних центрів у США координує департамент опіки про учасників збройних конфліктів.

Розуміння діяльності закладів V рівня має лише теоретичне значення, у ЗС України функцію високоспеціалізованого лікувально-реабілітаційного закладу виконує Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», за окремими напрямками — регіональні військово-медичні клінічні центри, де надають відповідні медичні послуги.

Впровадження нової медичної доктрини у ЗС України, яка має відповідати стандартам ООН та НАТО, є логічним продовженням стратегічного курсу країни на євроатлантичну інтеграцію, поглиблює відносини України та НАТО, є запорукою успішного наближення до стандартів Європейського Союзу. Дотримання стандартів медичного забезпечення ООН та НАТО у діяльності медичної служби ЗС України сприятиме реформуванню структур безпеки та оборони України у рамках програми «Партнерство заради миру». Впровадження зазначених принципів дасть змогу реорганізувати ЗС України, перетворивши їх на менш чисельні, професійні та мобільні, які відповідатимуть потребам країни і забезпечать її активну участь у процесах гарантування безпеки і стабільності у світі. Реорганізація медичної служби ЗС України є запорукою збереження здоров'я особового складу та надання допомоги за найвищими стандартами у разі поранення і травмування.

Література

1. Вказівки з воєнно-польової хірургії / За ред. Я. Л. Заруцького, А. А. Шудрака. — К.: СПЛ Чалчинська Н. В., 2014. — 396 с.
2. ATLS: Advanced Trauma Life Support. — 9th ed. — American College of Surgeons, 2009. — 366 p.
3. Battlefield Advanced Trauma Life Support. — American College of Surgeons Committee on Trauma, 2011. — 318 p.
4. Combat Lifesaver Course // US Army. — 2014. — 135 p.
5. Emergency war surgery. — 4th ed. — 2013. — 538 p.
6. Employment of Forward surgical teams. Tactics, techniques, and procedures (FM 4—02.25, Fieldmanual). — Washington: Headquarters Department of the Army, 2003. — 124 p.
7. Manual on Policies and Procedures Concerning the Reimbursement and Control of Contingent-Owned Equipment of Troop/Police Contributors Participating in Peacekeeping Missions (COE Manual) // UN. — 2011. — 265 p.
8. Prehospital Trauma Life Support. — American College of Surgeons Committee on Trauma, 2012. — 618 p.

А. А. Бондаревский¹, Б. М. Коваль²

¹ Украинская военно-медицинская академия, Киев

² Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

УРОВНИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Проанализирован опыт медицинского обеспечения и в частности хирургической помощи в современных вооруженных конфликтах и международных миротворческих операциях под эгидой ООН и НАТО. Приведена характеристика общепринятых уровней медицинского обеспечения. Проведено сравнение с системой медицинского обеспечения боевых действий во время антитеррористической операции в Украине. Реорганизация медицинской службы Вооруженных сил Украины на основании внедрения принципов медицинского обеспечения НАТО является залогом сохранения здоровья личного состава и оказания помощи по самым высоким стандартам в случае ранения и травмы.

Ключевые слова: военно-полевая хирургия, уровни медицинского обеспечения, медицинское обеспечение антитеррористической операции.

A. O. Bondarevskyi¹, B. M. Koval²

¹ Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv

² O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

MEDICAL CARE LEVELS IN CONTEMPORARY ARMED CONFLICTS

The health care and in particular surgical care experience in contemporary armed conflicts and international peace-keeping operations under the UNO and NATO auspices has been analysed. The characteristic of medical support conventional levels has been highlighted. The military actions during anti-terrorist operation in Ukraine were compared to the system of medical support. Reorganization of the Medical Service of the Armed Forces of Ukraine on the basis of the NATO's principles of the medical support implementation is the key to personnel's health maintaining and medical aid according to the highest standards for wounds and injuries providing.

Key words: battlefield surgery, medical care levels, medical support anti-terrorist operation.