

**МЕДИКО-САНІТАРНІ НАСЛІДКИ ПРИКОРДОННИХ ЗБРОЙНИХ
КОНФЛІКТІВ ТА ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (огляд літератури)**

О.М. Курічко¹, О.В. Кальчук², О.Я. Мусенко³

¹ *Адміністрація Державної прикордонної служби України (м. Київ)*

² *Клінічний госпіталь Південного регіонального управління Державної прикордонної служби України (м. Одеса)*

³ *Військово-медичний клінічний центр професійної патології особового складу Збройних Сил України (м. Ірпінь)*

Резюме. У статті подано огляд літературних джерел щодо застосування сил та засобів медичної служби для ліквідації медико-санітарних наслідків у зоні збройних прикордонних конфліктів. За результатами огляду визначені основні причини прикордонних збройних конфліктів. Запропоновані основні напрямки формування військово-медичних структур для медичного забезпечення у зоні прикордонних збройних конфліктів.

Ключові слова: сили та засоби, медична служба, медико-санітарні наслідки, прикордонні конфлікти.

Вступ. Історія прикордонних конфліктів так само стара, як історія границь. Ще в давнину різні держави могли претендувати на ту саму територію, думаючи, що відкрили її першою, тим більше що юридичне закріплення границь почалося не відразу. Більшість сучасних держав володіють територіями на підставі їхнього придбання або освоєння в минулому, іноді досить далекому. В епоху географічних відкриттів держави повідомляли своїми землі по праву первісного відкриття [1, 2].

Події минулого породжують розбіжності і в наші дні, особливо, якщо спірна земля становить інтерес із економічної точки зору: має багаті надра землі або шельфу, джерела води, виходи до моря тощо. Часто територіальні розбіжності не переходять у стадію конфлікту або тривають століттями в схованому стані.

Все це зумовило необхідність досліджувати медичні аспекти цієї проблеми, а також накопичувати, узагальнювати, систематизувати і аналізувати досвід роботи військово-медичних формувань під час ліквідації наслідків у зоні прикордонних збройних конфліктів [3].

Матеріали і методи. *Мета* полягала у дослідженні причин виникнення прикордонних збройних конфліктів та застосування сил та засобів медичної служби для ліквідації медико-санітарних наслідків прикордонних збройних конфліктів.

Об'єктом дослідження визначена система медичного забезпечення військовослужбовців.

У межах об'єкту обрано **предмет дослідження** – медико-соціальні наслідки у зоні прикордонного збройного конфлікту, сили та засоби медичної служби Збройних Сил та Державної прикордонної служби України

Методи дослідження: історичний, системного аналізу та структурно-логічний.

Матеріалами дослідження слугували наукові публікації щодо особливостей організації систем медичного забезпечення в умовах сучасних збройних конфліктів.

Результати та їх обговорення. У відносинах між державами розрізняють прикордонні інциденти, територіальні розбіжності та територіальні суперечки [7, 11]. Якщо об'єкт (територія землі, ділянка кордону) і предмет (застосовувані правові норми) суперечки не збігаються, то мається на увазі територіальна розбіжність, а не суперечка. Частий випадок територіальної розбіжності – питання про демаркацію границь. Наявність суперечки має на увазі його визнання сторонами. Простої заяви недостатньо для доказу наявності суперечки.

Суперечки можуть вестися із приводу приналежності території й по питанню проходження лінії кордону. Не сформована атмосфера кордону може послужити приводом для конфліктів у майбутньому. За останні 70 років в світі виникло 49 збройних прикордонних конфліктів.

Територіальні розбіжності можуть носити державний і регіональний характер. Державний рівень означає ведення переговорів, а регіональний – існування незадоволення в певних суспільних колах, що найчастіше представляє інтереси жителів прикордонних областей.

Прикордонні конфлікти виникають за різними причинами, що наведені нижче.

1. Етнічні причини: влітку 1977 року Ефіопія зіштовхнулася зі збройною агресією сусіднього Сомалі, які пред'явили територіальні претензії на частину Ефіопії – пустелю Огаден. Цю територію населяють етнічні сомалійці. Цей же конфлікт можна віднести до категорії “спадщина колоніального періоду”.

2. Після політичного поділу територій по лінії фронту: Південна й Північна Корея в 60–70-ті роки минулого століття постійно порушували повітряний і водний простір один одного. Протягом 15 років військові сили обох країн збивали літаки й доводили в суді, що суперники порушували повітряні й морські простори держав. Останній бій між північнокорейськими й південнокорейськими прикордонниками відбувся 27 червня 2002 року.

3. Як провісник війни (сутички вказують на “перегрів” ситуації): конфлікти на кордоні Півдня й Півночі США безпосередньо перед початком

Громадянської війни, у штатах Міссурі й Канзас; сучасний конфлікт Еритреї та Ефіопії. Суперечка про деякі території була лише приводом для початку воєнних дій. В основі ж лежали економічні проблеми, що виникли після роз'єднання двох держав.

4. Як спадщина колоніального періоду: після звільнення від панування Іспанії її колишні колонії в Латинській Америці зіштовхнулися з територіальними розбіжностями. Такі ж суперечки велися й на території Африки; Фолклендські або, як їх називають в Аргентині, Мальвінські острови є об'єктом суперечки між Великобританією й Аргентиною. Джерела суперечки йдуть із колоніальної епохи. В 1982 році територіальна суперечка привела до збройного конфлікту; штат Джамму й Кашмір, незважаючи на явну приналежність до мусульманського миру, після відходу англійських колонізаторів був залишений Індії. Цю ж суперечку можна віднести по класифікації й до релігійних і до економічних – у штаті розташовані джерела води, які необхідні обом країнам.

5. Релігійні причини: прикордонні конфлікти Саудівської Аравії й Іраку в 1941 році. Більшість населення Саудівської Аравії становлять суніти, а Іраку – шіїти.

6. Економічні причини: суперечка між Іраком та Іраном у використанні прикордонного водного шляху Шатт-Ель-Араб. Він періодично породжував кризи й збройні конфлікти між цими країнами. Зрештою давня суперечка стала приводом для кровопролитної восьмирічної війни (1980–1988 рр.). Ще одна причина – бажання контролювати найбагатші нафтоносні райони іранської провінції Хузистан, де зосереджено близько 90 відсотків всіх іранських нафтових запасів. Саме на Хузистан був спрямований головний удар іракської армії у вересні 1980 року; суперечка між Венесуелою й Гайаною через територію, переданій Гайані ще в 1899 році. Земля багата золотом, глиноземом, алмазами, нафтою, деревиною.

7. У результаті незавершеності й/або недосконалості демаркації/делімітації кордонів і визначення статусу територій, а також у результаті різних трактувань і різного відношення до положень договорів і до самої кордону: чим довший кордон, тим більше суміжних держав, тим більше ймовірність появи спірних територій. Так, наприклад, китайська границя містить безліч спірних ділянок: більша частина границь із Індією й Таджикистаном; 33-кілометрова ділянка кордону із КНДР у горах Пектусан; острова Спратли (Малайзія, Філіппіни, Тайвань, В'єтнам і, можливо, Бруней); морська границя з В'єтнамом у затоці Тонкин; Парасельські острови оскаржуються В'єтнамом і Тайванем; японські острови Сенкаку; наземна ділянка кордону з В'єтнамом; Тайвань розглядається як заколотна провінція.

Нерідко конфлікти виникають через різне відношення до договорів у різних культурах. Так, якщо в Європі, що пережила багато воєн, для розв'язання воєнних дій необхідний привід, то в азіатських і африканських країнах часто досить лише одностороннього бажання й волі для пред'явлення претензій на територію іншої держави.

Проблема делімітації й демаркації границь особливо гостро відчувається більшістю держав колишнього СРСР. Поза тим, що делімітація займає якийсь час, у держав нагромадилося чимало претензій, що сходять до нерегульованості/зміни адміністративних границь СРСР. Російська Федерація й більшість держав застосовують у цей час принцип "історично сформованих кордонів" у сполученні із принципом "прозорості". Однак закріплення границь у договорах необхідно.

Найбільш значні прикордонні конфлікти на пострадянському просторі спостерігаються в Закавказзі й Середній Азії: Казахстан – Узбекистан, Ферганська долина. Суперечки ведуться із приводу морської кордону Литви й Латвії, кордону Молдови й невизнаної Наддністрянщини.

Розв'язання конфліктів вимагає часу, терпіння й доброї волі, яких іноді не вистачає для запобігання прикордонних сутичок.

На думку аналітиків, ймовірні війни проти України будуть здійснюватися в основному із застосуванням сучасних звичайних засобів ураження [3]. В останнє десятиліття відбувся рішучий поворот військових теоретиків і істориків до розробки нової концепції війни, нових форм і способів збройної боротьби. Вони виходять із того, що при якісно нових засобах збройної боротьби, створюваних на базі новітніх технологій, у тому числі високоточної зброї й зброї, заснованої на нових фізичних принципах, неминуче зміниться характер війни.

Слід підкреслити відносність терміна "звичайна зброя", тому що при застосуванні цього виду зброї можливі масові втрати серед населення. Про це свідчить досвід війн і збройних конфліктів ХХ століття [5, 6, 11]. Наприклад, за даними Російського державного військового архіву, за роки Великої Вітчизняної війни серед цивільного населення від впливу авіації противника санітарні втрати склали 73%, безповоротні втрати – 27%. Причому 60% з них були вражені осколками, 15% вибуховою хвилею, 25% ушкоджень отримані в завалах. Відомо, що від повітряних нальотів на Москву безпосередньо на виробництві були вражені 20%, на вулиці – 32,1%, в квартирах – 34,2%, в бомбосховищах – 10,1%, в траншеях – 3,6% від загального числа уражених.

У результаті нанесення авіаційних ударів по Дрездену в лютому 1944 р, за даними, німецького історика Курта фон Тіппельскірхома, втрати населення склали 25 тис. чол., 30 тис. чол. поранено, центральна частина міста площею

15 км² була зовсім зруйнована, 27 тис. житлових будинків, 7 тис. адміністративних будівель перетворені на руїни.

У 60-ті роки ХХ ст. у зв'язку з початком так званої культурною революцією, в Китаї різко запанувала антирадянська спрямованість як у внутрішній, так і в зовнішній політиці. У китайського керівництва в той час з'явилося прагнення в односторонньому порядку змінити в ряді місць проходження державного кордону між СРСР і КНР.

Порушуючи прикордонний режим, групи цивільних осіб і військовослужбовців стали систематично виходити на радянську територію, звідки щоразу видворялися прикордонниками без застосування зброї.

Найбільш небезпечними і агресивними були збройні провокації в районі острова Доманський – на річці Уссурі і біля озера Жаланашколь – у Казахстані.

2 березня 1969 р. приховано зосередивши до 300 озброєних солдатів, китайці порушили державний кордон і захопили радянський острів Доманський (300 км на південь від Хабаровська). Рішучими діями підрозділів прикордонних військ порушники були вигнані з радянської території.

Зосередивши 15 березня 1969 р. до полку піхоти, посиленої артилерією і танками, китайське командування зробило нову спробу захопити острів. У результаті спільних дій радянських прикордонників, а також підрозділів Далекосхідного військового округу (ДВО) повторна провокація була придушена. В боях у острова Доманський за період з 2 по 21 березня радянські війська втратили убитими і померлими від ран 58 осіб, пораненими та контуженими 94 осіб (табл.).

Таблиця

**Втрати серед особового складу радянських військ
в боях у острова Доманський (2–21 березня 1969 р.), абс.**

Види втрат	Особовий склад прикордонних військ		Особовий склад військ ДВО		Усього	
	Всього	у т.ч. офіцери	Всього	у т.ч. офіцери	Всього	у т.ч. офіцери
Убиті і померлі від ран	49	4	9	-	58	4
Поранені, контужені	61	7	33	2	94	9

13 січня 1969 р. радянські прикордонники ліквідували нову збройну провокацію китайців, на цей раз у Казахстані.

В бою у озера Жаланашколь загинуло 2 та були поранені 10 радянських прикордонників. Таким чином, співвідношення убитих до поранених прикордонних військ становила 1 : 1,24, а військ ДВО 1 : 3,66.

В останні роки відзначається різке зростання бойового потенціалу розвинених країн за рахунок кількісного та якісного нарощування звичайних

озброєнь. Так, нагромадивши значні запаси зброї масового ураження, США та їхні союзники збільшили виробництво зброї звичайних систем. Різко зросли їх вражаючі властивості і бойова ефективність. Подальший розвиток науково-технічного прогресу у військовій області знаходить свій концентрований вираз у комп'ютеризації збройних сил. Інтенсивно ведеться розробка зброї на нових фізичних принципах. Як свідчить досвід збройного конфлікту в районі Перської затоки (1991 р.) і бойових дій угруповання сил блоку НАТО проти Югославії (1999 р.), в концепції ведення сучасних війн країнами Заходу пріоритетна роль в останні роки приділяється застосуванню високоточної звичайної зброї, що застосовується в основному дистанційним методом з далеких відстаней практично без ведення повномасштабних наземних операцій [7, 12, 13].

Основну роль носія звичайних засобів ураження виконує авіація, як найбільш мобільний компонент всієї військової машини НАТО. Їх літаки оснащуються високоточною керованою зброєю – ракетами класу “повітря-земля”, керованими авіаційними бомбами (звичайними авіаційними бомбами, фугасними, бронебійними, кумулятивними, бетонобойними, запальними, об’ємного вибуху та ін.).

Керовані ракети і авіабомби застосовуються для ураження промислових об’єктів, залізничних вузлів, великих мостів, складів, радіолокаційних та інших важливих об’єктів. Висока точність (до 10 м) і велика потужність заряду (наприклад, боєголовки “Буллуп”) дозволяють наносити удари по добре захищеним об’єктам і сховищам.

За повідомленням представника МЗС Югославії, в результаті нанесення ракетно-бомбових ударів по території Югославії з 24 березня по 16 квітня 1999 р. загинуло близько 1 тис. осіб з числа цивільного населення цієї країни. Кілька тисяч людей отримали поранення. Причому співвідношення втрат серед військовослужбовців і цивільного населення склало відповідно 1:15.

Опосередкованою дією звичайних засобів ураження є наслідки прямого впливу на будинки та споруди ударної хвилі і вогню. В результаті можуть виникати вибухи, пожежі на об’єктах економіки і зараження території, атмосферного повітря, продуктів харчування і води хімічними, радіоактивними речовинами, бактеріальними засобами тощо. При руйнуванні гідротехнічних споруд можливо виникнення зон катастрофічного затоплення.

Відомості про медичне забезпечення перших боїв на кордоні, які вдалося розшукати, уривчасті. Відомо, що в перші години і добу війни надавалася в основному перша допомога в порядку само- та взаємодопомоги, поранених по можливості евакуювали в лікувальні установи Червоної Армії. При відступі наших військ основна увага приділялася швидкому виносу поранених з поля бою і надання їм першої допомоги.

Втрати особового складу прикордонних частин в першому періоді Великої Вітчизняної війни склали 54,9% від їх довоєнної чисельності. Структура безповоротних втрат була така: убиті – 20%, зниклі без вісті – 75%, померлих – 1,7%, небойові втрати – 2,7%. Безповоротні втрати склали 36,9% від загальних втрат, а санітарні – 63,1%. Проведені дослідження загальних втрат показують, що в першому періоді війни співвідношення безповоротних і санітарних втрат пораненими в прикордонних військах становило 1:2 [2, 5 6, 8].

Етапи медичної евакуації в прикордонних військах були розгорнуті за типом, прийнятого для стрілецької дивізії Червоної Армії. Перша допомога пораненим опинялася в порядку само- та взаємодопомоги, долікарська – фельдшерами комендатур. Важкопоранених виносили на плащ-палатках, руках, ношах і черговими засобами евакуювали в тил. Легкопоранені слідували пішки до медичного пункту комендатури і далі в тил до пункту медичної допомоги (ПМП) прикордонного загону. Поранених, які потребували кваліфікованої медичної допомоги, евакуювали в дивізійний медичний пункт і рухомий польовий госпіталь. На ПМП прикордонного загону пораненим надавали першу лікарську допомогу в скороченому обсязі. Вона зводилася в основному до підбинтовуванню промоклих пов'язок і поліпшення транспортної іммобілізації.

Безповоротні втрати особового складу військової медицини прикордонних військ в роки війни склали 482 осіб. З них загинули 158 (38,8%), пропали безвісти 324 особи (61,2%). Відносні безповоротні втрати лікарського та середнього (фельдшерського) медичного складу прикордонних військ склали 75%, а молодшого – 25%. У дивізіях Червоної Армії 82,9% всіх втрат особового складу військової медицини доводилося на санітарних інструкторів, санітарів і санітарів-носильників, і тільки 17% становили втрати лікарського і середнього медичного персоналу.

Особливості медичного забезпечення бойових дій прикордонних військ у Великій Вітчизняній війні була як при службі в режимі охорони, так і при веденні бою; забезпечення медико-санітарною допомогою частин при дії їх компактно (полк-загін) і по підрозділах. Долікарську допомога надавалася в роті – на заставі, лікарська – в батальйоні – комендатурі, кваліфікована медична допомога у полку – загоні [9].

При створенні умов середній і старший медичний склад звільнялися від виконання обов'язків рядового і молодшого медичного складу.

Викладене практично могло бути досягнуто наявністю штату особового складу: в полку – 2 лікаря, 2 фельдшера, 1 санінструктор, відділення санітарів-носіїв; у батальйоні – 1 лікар, 1 фельдшер (санінструктор), ланка санітарів (4 чол.); в роті – на заставі – 1 санітарний інструктор (фельдшер), 2 санітара; штатного санітарного транспорту: в полку – 3 санітарних машини (або заміна

їх вантажівками), в батальйоні – 1 машина, на заставі – в роті – 1 санітарна двоколка (або парокінний візок).

Був налагоджений зв'язок із санітарною службою фронту і армій, по регламентації конкретних питань практичної роботи. Медичне постачання і кадрові ресурси були спільними з РСЧА. Був створений єдиний санітарний орган військ НКВС СРСР.

Вивчення бойового досвіду військової медицини прикордонних військ в роки Великої Вітчизняної війни і його узагальнення дозволяють зробити ряд принципових висновків.

По-перше, до початку Великої Вітчизняної війни не були завчасно розроблені керівні документи, що регламентували взаємодію санітарних служб військ НКВС і РККА і забезпечення їх взаємного підсилення.

По-друге, військова медицина прикордонних військ з початку Великої Вітчизняної війни діяла в тій же організаційній структурі і при тих же силах і засобах, які були для медичного забезпечення повсякденної охорони державного кордону в передвоєнні роки. Кількість цих сил і засобів не відповідала обсягу виконуваних завдань у бойових умовах і не передбачала створення резервів медичного підсилення частин і підрозділів.

По-третє, структуру військової медицини та систему медичного забезпечення прикордонних військ слід було б наблизити до Червоної Армії, але з урахуванням специфіки службово-бойової діяльності прикордонних частин і підрозділів.

По-четверте, загальні втрати особового складу прикордонних частин, що вступили в бій у першому періоді Великої Вітчизняної війни, склали до 54,9% від довоєнної чисельності особового складу. Структура безповоротних втрат становила: убитими – 20%, зниклими без вісті – 75%.

І нарешті, по-п'яте, догоспітальному етапі медичну допомогу пораненим надавали силами військової ланки, а кваліфіковану – у госпіталях Червоної Армії. До половини поранених і хворих після лікування у військових госпіталях Червоної Армії в прикордонні війська не поверталися.

Скорочення чисельності прикордонних військ в 1953–1954, 1956, 1960 рр. негативно позначилося і на структурі військової медицини. У результаті скорочення прикордонних комендатур медична служба прикордонного загону позбулася передового етапу надання медичної допомоги військовослужбовцям прикордонних застав, так як там було ліквідовано і медичні пункти на чолі зі старшими фельдшерами. Це спричинило за собою перебудову всієї системи надання медичної допомоги особовому складу прикордонних застав.

Формування окружних госпіталів прикордонних військ стало черговим якісним етапом у медичному забезпеченні особового складу. Призначення

окружних госпіталів було таким же, як і окружних госпіталів Червоної Армії. Але якщо у військовому окрузі госпітальне лікування поранених і хворих здійснювалось мережею окремих медичних батальйонів і гарнізонних госпіталів, окружним госпіталем, то в прикордонному окрузі всі ці функції виконувалися одним окружним госпіталем. Проміжного етапу надання медичної допомоги між ПМП прикордонного загону та окружним (прикордонним) госпіталем немає.

У післявоєнні роки в ПМП прикордонних загонів медична допомога надавалася більше 70% військовослужбовцям, а у військових госпіталях – близько 25%. Переводи хворих з ПМП частин та окружних госпіталів у лікувальні установи інших міністерств і відомств не перевищували 5%.

У роки Великої Вітчизняної війни було сформовано перші окружні госпіталі прикордонних військ в Алма-Аті, Читі і Благовещенську (16 травня 1942 р.), Петрозаводську і Сестрорецьку (27 вересня 1944 р.), Одесі та Львові (31 серпня 1944 р.), Каунасі (11 серпня 1945 р.).

У післявоєнні роки окружні госпіталі були сформовані в Ашхабаді (27 жовтня 1951 р.), Південно-Сахалінську, Петропавловську-Камчатському (5 серпня 1953 р.), у Владивостоці (27 серпня 1956 р.), у Тбілісі (22 жовтня 1957 р.), Баку (28 березня 1959 р.), Душанбе (16 січня 1962 р.), Хабаровську (30 червня 1969 р.) та Києві (24 квітня 1984 р.).

Окружні госпіталі склалися, як правило, з чотирьох або п'яти відділень: хірургічного, терапевтичного, психоневрологічного, спеціалізованого та інфекційного. У спеціалізованому відділенні отримували лікування хворі отоларингологічного, офтальмологічного і стоматологічного профілів.

Окружні госпіталі прикордонних військ були призначені для надання кваліфікованої медичної допомоги, забезпечували потреби в госпітальному лікуванні поранених і хворих, але спеціалізована медична допомога надавалася в лікувальних установах інших міністерств і відомств.

У ході бойових дій формувань прикордонних військ у прикордонних збройних конфліктах на радянсько-китайському та таджицько-афганському кордонах, у війні в Афганістані накопичений великий досвід медичного забезпечення особового складу [4, 10, 13].

Першим окружним госпіталем прикордонних військ, в якому почали надавати спеціалізовану медичну допомогу, був окружний госпіталь в Алма-Аті. У 1979 р. в штат госпіталю було введено два спеціалізованих відділення: анестезіології та реанімації на 3 ліжка та травматологічне на 40 ліжок. Це були перші штатні спеціалізовані ліжкові відділення у прикордонних військах.

У 1983 р., в цьому госпіталі було розгорнуто 400 ліжок і введено ще 8 спеціалізованих ліжкових відділень: кардіологічне, гастроентерологічне,

спеціалізоване хірургічне, стоматологічне, неврологічне, психіатричне, інфекційне, медичної реабілітації.

Таким чином, окружні госпіталі прикордонних військ за півстоліття свого функціонування пройшли важкий шлях становлення та розвитку, стали військовими лікувальними установами, що забезпечують надання кваліфікованої і деяких видів спеціалізованої медичної допомоги. До кінця 60-х рр. гостро постало питання про створення свого багатопрофільного спеціалізованого лікувального закладу, яке було б до того ж науково-методичним та навчальним центром військової медицини прикордонних військ з організації лікувально-профілактичної роботи.

Застосування звичайних засобів ураження вимагає надання переважно хірургічної допомоги. Масовість і одномоментність ураження населення нерідко приводить до неможливості надання екстреної хірургічної допомоги усім, хто її потребує, в оптимальні терміни і в повному обсязі наявними силами й засобами медичної служби. Відомо, що до 30% уражених можуть перебувати у тяжкому й вкрай тяжкому станах, вимагаючи надання невідкладної хірургічної допомоги за життєвими показниками, інші - з ураженнями легкого та середнього ступеня. Надання медичної допомоги для них може бути відстрочено, хоча в ряді випадків це загрожує розвитком різних, нерідко тяжких ускладнень.

Розподіл травм за анатомічними ділянками при масових ураженнях характеризується перевагою ушкоджень кінцівок. При травмах голови й хребта відзначаються струси й забої головного й спинного мозку, тріщини й переломи костей черепа й хребта. Інші анатомічні області (груди, живіт, таз) ушкоджуються рідше, займаючи третє й четверте місця. Варто мати на увазі, що при травмах черепа багато хто з потерпілих просто не встигають одержати екстрену медичну допомогу й гинуть на місці.

Відмітною рисою бойових ушкоджень хірургічного профілю є значна частота випадків множинних і поєднаних травм, а також комбінованих ушкоджень, що супроводжуються такими важкими ускладненнями, як травматичний і опіковий шок, гостра крововтрата, асфіксія, і т.д.

Особливу важливість при подібних ураженнях здобуває фактор часу. Тільки максимальне скорочення строків початку надання медичної допомоги здатне зменшити число несприятливих наслідків. В основі організації медичної допомоги ураженою вогнепальною зброєю лежить єдина концепція патогенезу, діагностики й етапного лікування різних поранень і ушкоджень, послідовність і наступність лікувальних заходів, проведених на етапах медичної евакуації, і своєчасність їхнього виконання, використання найбільш простих і доступних методів діагностики, заснованих переважно на даних об'єктивного дослідження ураженого з метою термінового встановлення діагнозу,

визначення прогнозу й забезпечення своєчасної й раціональної медичної допомоги.

Для кожного етапу медичної евакуації повинен бути заздалегідь чітко визначений перелік заходів хірургічної допомоги з урахуванням можливості їхньої динамічної зміни залежно від реальних умов медичної обстановки, не переступаючи раціональних границь.

У процесі надання медичної допомоги при масових ураженнях різко зростає роль середніх медичних працівників, коли виникає необхідність максимальної активізації їхньої роботи, аж до виконання ними деяких лікарських обов'язків. Завчасна підготовка парамедиків, медичних сестер і фельдшерів до цієї роботи – одне з найважливіших завдань хірургів. Особливо велика їхня роль у процесі медичної евакуації уражених, коли саме на сестер покладається обов'язок по продовженню надання екстреної медичної допомоги під час транспортування.

Висновки

1. Суперечки між державами із приводу приналежності території й питанню проходження лінії кордону можуть послужити приводом для збройних прикордонних конфліктів.

2. При якісно нових засобах збройної боротьби, створюваних на базі новітніх технологій, у тому числі високоточної зброї й зброї, заснованої на нових фізичних принципах, неминуче зміниться характер війни. Основну роль носія звичайних засобів ураження виконує авіація.

3. Окружні госпіталі прикордонних військ за півстоліття свого функціонування пройшли важкий шлях становлення та розвитку, стали військовими лікувальними установами, що забезпечують надання кваліфікованої і деяких видів спеціалізованої медичної допомоги

4. Оцінка системи медичного забезпечення збройних сил може бути здійснена за наявності створення свого багатопрофільного спеціалізованого лікувального закладу, яке було б до того ж науково-методичним та навчальним центром військової медицини прикордонних військ з організації лікувально-профілактичної роботи.

Література

1. Алексин В.И. В третьем тысячелетии мир ожидают другие войны / В.И. Алексин // Независимое военное обозрение. – 2000. № 8. – С. 18–23.

2. Андронников В.М. и др. Гриф секретности снят: Потери Вооруженных Сил СССР в войнах, боевых действиях и военных конфликтах // Статистическое исследование / под общ. ред. Кривошеева Г.Ф. – М.: Воениздат, 1993. – 415 с.

3. Білий В.Я. Військово-медична доктрина України / В.Я. Білий, В.В. Пасько, О.О. Сохін // Наука і оборона. 2000. – № 4. – С. 18–23.

4. Гуманенко Е.К. Тенденции развития военно-полевой хирургии в вооруженных конфликтах второй половины XX века / Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалов, А.А. Трусов // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 10. – С. 15–22.
5. Лобастов О.С. Опыт медицинского обеспечения войск в Великой Отечественной войне: его оценка и значение через 55 лет после Великой Победы / О.С. Лобастов, А.М. Шелепов // Воен.-мед. журн. 2000. № 5. С. 4–8.
6. Медицинское обеспечение Советской Армии в операциях Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / под ред. Э.А. Нечаева. – М.: Воениздат, 1991. – Т. 1. – 341 с., Т. 2. – 416 с.
7. Новіков Е.Б. Інтеграція України у воєнно-економічні структури НАТО // Труды академії. – 2002. № 40. – С. 290–295.
8. Очерки истории Советской военной медицины / под ред. Кувшинского Д.Д. и Георгиевского А.С. – Л.: Медицина, 1968. – 526 с.
9. Радиш Я.Ф. Управління системою медичного забезпечення радянських військ в роки Великої Вітчизняної війни 1941–1945 рр. // Сучасні аспекти військової медицини: Зб. наук. пр. ГВКГ МО України. – К., 2000. – Вип. 5. – С. 85–91.
10. Решетников Е.В. Роль медицинской службы в решении проблемы людских ресурсов в современной войне / Е.В. Решетников // Воен.-мед. журн. – 1987. № 44. – С. 31–39.
11. Россия и СССР в войнах XX века: Потери вооруженных сил.– М.: Олма-Пресс, 2001. – 608 с.
12. Чиж И.М. Некоторые итоги и выводы из опыта медицинского обеспечения войск в вооружённых конфликтах // Воен.-мед. журн. 2000. № 6. С. 4–15.
13. Шелепов А.М. Организация и тактика медицинской службы: Учебник / А.М. Шелепов, Л.М. Костенко, О.В. Бабенко; под ред. И.М. Чижа. – СПб, 2005. – 504 с.

Резюме. *В статье представлен обзор литературных источников по применению сил и средств медицинской службы для ликвидации медико-санитарных последствий в зоне вооруженных пограничных конфликтов. По результатам обзора определены основные причины возникновения пограничных конфликтов. Предложенные основные направления формирования военно-медицинских структур для медицинского обеспечения в зоне вооруженных пограничных конфликтов.*

Ключевые слова: *силы и средства, медицинская служба, медико-санитарные последствия, пограничные конфликты.*

Summary. *This article provides an overview of the literature on the use of force and medical service of the Armed Forces to eliminate the health consequences in the area of armed border conflict. Following the review identified the main reasons for the deployment of border conflicts. The proposed main lines forming military medical institutions for medical support in the area of armed border conflict.*

Keywords: *capabilities of the Armed Forces medical services, health care implications, border conflicts.*

УДК 355.415

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА УПРАВЛІННЯ ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОЮ
СЛУЖБОЮ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

¹Ю.Ф. Клівенко, ²І.П. Семенів, ³А.М. Галушка

¹ *Центральне військово-медичне управління Збройних Сил України*

² *Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами*

³ *Науково-дослідний інститут проблем військової медицини УВМА*

Резюме. *У статті на основі результатів аналізу системи медичного забезпечення військ та управління медичною службою ЗС України та інших силових відомств висвітлені сучасні принципи їх удосконалення та запропонована структурно-функціональна модель організації та управління військово-медичною службою.*

Ключові слова: *управління, медичне забезпечення, лікувально-евакуаційне забезпечення, системний підхід.*

Вступ. Головною метою реформи систем медичного забезпечення та управління силами та засобами медичної служби ЗС України в різних умовах її діяльності є приведення військово-медичної служби у такий стан, який би відповідав сучасним економічним реаліям і можливостям держави, забезпечував підвищення ефективності управління медичними ресурсами, передбачав збереження достатнього рівня медичної допомоги за рахунок оптимізації структури та чисельного складу медичної служби і гарантував досягнення на цій основі зниження показників працевтрат, інвалідності та смертності внаслідок захворювань [1].

Матеріали і методи. Матеріалами досліджень слугували наукові публікації, нормативні документи з питань розвитку (реформування) ЗС України та військово-медичної служби, а також інші літературні джерела, що розкривають особливості управління медичною службою в різних умовах діяльності.