



БП 4-35(13).01

БОЙОВИЙ СТАТУТ “МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ”



ЛЮТИЙ 2021

ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:

обмежень для розповсюдження немає.

**КОМАНДУВАННЯ ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ
ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

Прим. № ____

БП 4-35(13).01

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Командування
Військово-Морських Сил
Збройних Сил України
24 лютого 2021 року № 67

БОЙОВИЙ СТАТУТ

“МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ

ВІЙСЬКОВО-МОРСЬКИХ СИЛ

ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ”

**Бойова публікація
медичному та немедичному
персоналу з організації
медичного забезпечення у
ВМС ЗС України**

ЛЮТИЙ 2021**ОБМЕЖЕННЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ:**

обмежень для розповсюдження немає.

**КОМАНДУВАННЯ ВІЙСЬКОВО - МОРСЬКИХ
СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

ПЕРЕДМОВА

Бойова публікація “Бойовий статут “Медичної служби Військово-Морських Сил Збройних Сил України” (далі – Бойовий статут) розроблено робочою групою офіцерів медичної служби Командування Військово-Морських Сил Збройних Сил України спільно з Морським Командуванням Військово-Морських Сил Збройних Сил України.

У цьому Бойовому статуті враховано вимоги керівництва держави та Збройних Сил України щодо співробітництва у сфері оборони для приєднання до загальноєвропейської системи безпеки, досягнення взаємосумісності з країнами-членами НАТО, досвід підготовки та застосування військових частин (підрозділів) Військово-Морських Сил Збройних Сил України в ході проведення антитерористичної операції та операції Об’єднаних сил на території Донецької та Луганської областей (далі – ООС (раніше – АТО)).

Апробацію положень цього документа передбачено здійснити протягом 2021 року. У подальшому, ураховуючи отримані зауваження і пропозиції до його змісту та структури, передбачається видати оновлений варіант Бойового статуту.

Усі питання, що стосуються цього Бойового статуту, надсилати до Командування Військово-Морських Сил Збройних Сил України (через командування логістики) на адресу: 65012, м. Одеса, провулок Штабний, буд. 1, Командування Військово-Морських Сил Збройних Сил України, ТКМ “Дніпро” au@nevy.dod.ua, ТКМ “Седо-М” – індекс 154 (контактний телефон розробників для надання зауважень та пропозицій – 64-22-227).

ЗМІСТ

	ПЕРЕДМОВА	2
	ПОСИЛАННЯ НА ВІЙСЬКОВІ ПУБЛІКАЦІЇ	5
	ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	6
	ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	11
1	ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	13
2	ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВО – МОРСЬКИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ	13
2.1	Загальні положення	13
2.2	Умови діяльності медичної служби та їх вплив на організацію медичного забезпечення військ (сил)	14
2.3	Мета та завдання медичного забезпечення	16
2.4	Принципи медичного забезпечення	17
2.5	Організаційна структура медичної служби Військово – Морських Сил Збройних Сил України	17
2.6	Завдання медичної служби ВМС ЗС України	19
3	САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІЙСЬК	19
3.1	Визначення та класифікація санітарних втрат	19
3.2	Величина та характеристика санітарних втрат	21
3.3	Санітарні втрати при застосуванні зброї масового ураження	22
3.4	Санітарні втрати в берегових частинах	23
3.5	Санітарні втрати на корабельних силах	24
3.6	Лікувально-евакуаційна характеристика санітарних втрат	25
4	ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ	27
4.1	Загальні положення організації лікувально-евакуаційних заходів	27
4.2	Особливості лікувально-евакуаційного забезпечення кораблів у плаванні	30
4.3	Медичне сортування поранених і хворих	32
4.4	Рівні медичного забезпечення (етапи медичної евакуації)	34
4.5	Види та обсяги медичної допомоги	40
4.6	Медична евакуація	48
4.7.	Маневр силами та засобами медичної служби	58
5	ОРГАНІЗАЦІЯ І ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИХ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ	59
5.1	Загальні положення	59
5.2	Організація та проведення санітарно-гігієнічних заходів частин у цілому	60
5.3	Організація та проведення санітарно-гігієнічних заходів на плавскладі ВМС ЗС України	65

5.3.1	Контроль за ефективністю роботи технічних засобів забезпечення придатності кораблів для мешкання і заходи при її погіршенні	65
5.3.2	Гігієна водопостачання кораблів ВМС ЗС України	66
5.3.3	Гігієна харчування на кораблях ВМС ЗС України	69
5.3.4	Особиста і суспільна гігієна на кораблі	71
5.4	Організація та проведення протиепідемічних заходів	73
6	МЕДИЧНИЙ ЗАХИСТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ВІЙСЬК	80
6.1	Загальні положення	80
6.2	Медичний захист особового складу військ від впливу уражаючих факторів радіаційного, хімічного, біологічного походження	82
6.3	Радіаційний, хімічний, біологічний захист медичних підрозділів	96
7	ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ (МЕДИЧНА ЛОГІСТИКА)	107
8	МЕДИЧНА РОЗВІДКА	114
9	МЕДИЧНИЙ ОБЛІК ТА ЗВІТНІСТЬ	122
9.1	Загальні положення	122
9.2	Порядок медичного обліку поранених та хворих	125
9.3	Одиниці медико-статистичного обліку	126
9.4	Порядок ведення і подання звітних медичних документів	131
10	УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ	132
10.1	Загальні положення управління медичним забезпеченням	132
10.2	Взаємодія медичної служби з іншими органами військового управління	134
10.3	Загальні положення планування медичного забезпечення	137
11	ОХОРОНА ТА ОБОРОНА МЕДИЧНИХ ПІДРОЗДІЛІВ	141
Додатки:		
1	Карта санітарно-епідеміологічної розвідки	145
2	Первинна медична картка	147
	СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ (ДЖЕРЕЛ)	150
	ДЛЯ ЗАМІТОК	151

ПОСИЛАННЯ НА ВІЙСЬКОВІ ПУБЛІКАЦІЇ

Позначка військової публікації	Повне найменування військової публікації
1	2
ВКП 4-35(36).01	а. Доктрина “Медичні сили Збройних Сил України”, затверджена Головнокомандувачем Збройних Сил України (№ 2694/НВГШ від 13.11.2020)
	б. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 11.02.2020 № 60 “Про затвердження Настанови з медичного забезпечення Збройних Сил України на особливий період”
	в. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 09.07.2018 № 258 “Про затвердження Керівництва з медичної евакуації Збройних Сил України на особливий період”
	г. Наказ начальника Головного військово - медичного управління від 04.06.2018 № 95 “Про затвердження Тимчасового порядку організації надання невідкладної (екстреної) медичної допомоги у Збройних Силах України”
	д. Наказ командувача Військово-Морських Сил Збройних Сил України від 15.04.2011 № 66 “Про введення в дію організаційно - методичних вказівок “Управління повсякденною діяльністю медичної служби Військово-Морських Сил Збройних Сил України”
МС 0326/4	е. NATO PRINCIPLES AND POLICIES OF MEDICAL SUPPORT, May 2015 (Принципів і політики щодо медичного забезпечення НАТО, травень 2015 року)
STANAG 2228 Ed:3 / AJP-4.10(B).	ж. ALLIED JOINT DOCTRINE FOR MEDICAL SUPPORT, September 2019 (Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення, вересень 2019 року)
AJmedP-1	и. ALLIED JOINT MEDICAL PLANNING DOCTRINE, September 2018 (Доктрини з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО, вересень 2018 року)
STANAG 2546/ AJmedP-2	к. ALLIED JOINT MEDICAL DOCTRINE FOR MEDICAL EVACUATION, August 2018 (Спільної об’єднаної доктрини з медичної евакуації, серпень 2018 року)
STANAG 2050 MED	л. STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES, INJURIES AND CAUSES OF DEATH, March 1989 (Статистична класифікація хвороб, травм та причин смерті, березень 1989 року)

ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Аеромедична евакуація – медична евакуація, що здійснюється з використанням авіаційних транспортних засобів.

Вид медичної допомоги – певний перелік (комплекс) лікувально-діагностичних та лікувально-профілактичних заходів, що проводяться особовим складом військ та медичною службою на полі бою (районах бойових дій) у разі поранень, уражень і захворювань військовослужбовців, в осередках санітарних втрат і на етапах медичної евакуації (ЕМЕ).

Долікарська (фельдшерська) допомога доповнює медичні заходи, що надавалися в порядку першої медичної (домедичної) допомоги, і має на меті боротьбу із загрозливими для життя розладами, захист ран від вторинної інфекції, запобігання шоку та боротьбу з ним. Вона надається фельдшерами на кораблях (суднах) 3 рангу, санітарному катері (при масових санітарних втратах – на кораблях (суднах) 1 та 2 рангів).

Евакуаційна політика – визначення контингентів поранених (уражених, хворих), які підлягають евакуації з одного етапу медичної евакуації до іншого, залежно від їхнього стану та характеру поранення (ураження, захворювання), встановлених для кожного етапу термінів лікування, а також організація їх евакуації з урахуванням бойової та медико-тактичної обстановки, наявності відповідних евакуаційно-транспортних засобів і персоналу медичного супроводу.

Евакуаційний напрямок – сукупність шляхів евакуації, розгорнутих на них етапів медичної евакуації та санітарно-транспортних засобів, задіяних для медичної евакуації.

Евакуаційно-транспортне сортування – розподіл поранених (уражених, хворих) на групи для визначення черговості евакуації та місця (пункту) призначення, виду транспортного засобу, яким слід евакуювати того чи іншого пораненого (ураженого, хворого), положення під час транспортування (лежачи, сидячи) та необхідність медичного супроводу залежно від їх стану.

Екстрена медична допомога – комплекс невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Вона організовується і здійснюється силами медичних служб військових частин (кораблів (катерів), суден) та військово-медичних закладів (посилання г).

Етап медичної евакуації – сили і засоби медичної служби, що розгорнуті на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених (уражених, хворих), надання їм медичної допомоги, лікування та підготовки до подальшої евакуації осіб, які цього потребують. Етапами медичної евакуації можуть бути медичні пункти (каюти - амбулаторії кораблів (катерів), суден) (медичні роти), військові мобільні госпіталі, стаціонарні військові та цивільні заклади охорони здоров'я.

Єдиний медичний простір – система організації надання медичної допомоги, що об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування та забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всім громадянам незалежно від територіальної та відомчої належності, у тому числі і військовослужбовцям.

Карантин – система протиепідемічних заходів, спрямованих на повну ізоляцію військових частин від цивільного населення і військ, розташованих поруч, та ліквідацію спалаху інфекційних захворювань.

Кваліфікована медична допомога – комплекс заходів, що здійснюються з метою усунення тяжких, загрозливих для життя наслідків та ускладнень поранень (уражень, захворювань), підготовки поранених (уражених, хворих) до подальшої евакуації та створення сприятливих умов для їх подальшого лікування. Вона надається на етапах медичної евакуації (рівнях медичного забезпечення) лікарями хірургами і терапевтами. Кваліфікована медична допомога поділяється на хірургічну і терапевтичну та може надаватися у повному або скороченому обсягах.

Медична допомога – діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Медична евакуація – сукупність організаційних, медичних та технічних заходів щодо виносу (вивозу) поранених (уражених) з поля бою та транспортування їх з одночасним медичним супроводом на етапи медичної евакуації (рівні медичного забезпечення) з метою своєчасного і повного надання необхідної медичної допомоги та лікування.

Медична реабілітація – вид медичної допомоги, що включає комплекс організаційних, лікувальних, медико-психологічних і військово-професійних заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму, з метою відновлення боєздатності (працездатності) поранених (уражених, хворих) військовослужбовців, профілактику ускладнень і рецидивів та повернення до строю. Медична реабілітація, як завершальний етап лікування військовослужбовців, здійснюється в лікувально-профілактичних або санаторно-курортних закладах, у тому числі й інших держав, а також шляхом надання відпусток або звільнення від виконання службових обов'язків за хворобою тощо.

Медична розвідка – збір даних про природні та соціально-економічні умови території, медичні, біологічні, епідеміологічні, екологічні характеристики операційної зони, стан медичних ресурсів регіону, про противника і його медичну службу, можливі наслідки застосування зброї масового ураження, інших матеріалів з метою їх оцінки, аналізу та інтерпретації в інтересах медичного забезпечення військ; особливі вимоги морських операцій, такі як згода місцевих лікувальних закладів приймати постраждалих на морі, або наявність рекомпресійних камер та пошуково-рятувальних служб, які можуть допомогти в евакуації з корабля на берег.

Медична служба – одна із служб всебічного забезпечення військ (сил), яка базується на єдиних організаційних засадах і призначена для медичного забезпечення військовослужбовців як у мирний час, так і в особливий період.

Медичне забезпечення – окремий вид забезпечення військ (сил), що являє собою систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, уражень, захворювань і травм. Воно включає організаційні, лікувально-профілактичні (лікувально-евакуаційні), санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, медичне постачання, підготовку військово-медичних кадрів і наукове вирішення проблем військової медицини.

Медичне сортування – розподіл поранених (уражених) на групи за ознакою потреби в однорідних лікувально-евакуаційних і профілактичних заходах. Зміст цих заходів визначається відповідно до медичних показань, обсягів медичної допомоги і порядку евакуації в конкретних умовах обстановки.

Медичний захист військ – підтримання високого рівня боєготовності військ шляхом збереження здоров'я особового складу та його боєздатності. До заходів та засобів медичного захисту належать такі, що запобігають впливу систем ураження противника та дії негативних чинників навколишнього середовища. Заходи медичного захисту плануються та проводяться як щодо окремого військовослужбовця, так і військового та медичного підрозділу, військової частини.

Медичний супровід – комплекс заходів, що здійснюються медичним персоналом під час евакуації поранених (уражених, хворих), який включає медичне спостереження (контроль дихання, пульсу, артеріального тиску тощо) та надання необхідної медичної допомоги (підтримання життєво важливих функцій організму).

Нетранспортабельність – стан пораненого (ураженого, хворого), обумовлений самим пораненням (ураженням, захворюванням) або медичним втручанням, що не дозволяє його евакуювати через загрозу виникнення небезпечних для життя ускладнень, які можуть бути викликані умовами транспортування.

Обсяг медичної допомоги – сукупність лікувально-евакуаційних заходів, що надаються пораненим (ураженим, хворим) на даному етапі медичної евакуації. Обсяги медичної допомоги на кожному етапі визначаються відповідними клінічними протоколами та військово-медичними стандартами.

Охорона здоров'я – система заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя.

Паліативна допомога – запобігання та полегшення страждань шляхом проведення адекватних лікувальних втручань (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психо-соціальної та моральної підтримки. Вона надається військовослужбовцям і ветеранам військової служби у взаємодії з фахівцями цивільних закладів охорони здоров'я, органами місцевого самоврядування та соціальними службами.

Перша лікарська допомога – комплекс заходів, спрямованих на боротьбу із загрозливими для життя наслідками бойових уражень, надання невідкладної допомоги, профілактику шоку та інших тяжких ускладнень, недопущення розвитку раневих інфекцій та підготовку поранених (уражених, хворих) до подальшої евакуації. Вона надається лікарями загальної практики в медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), що очолюють лікарі, в медичних пунктах полків, каютах – амбулаторіях кораблів (катерів), суден і в медичних ротах бригад. Залежно від обставин перша лікарська допомога може надаватися в повному або скороченому обсязі.

Перша медична (домедична) допомога – комплекс заходів, що здійснюються з метою запобігання або зменшення тяжких наслідків поранень (уражень), виникнення ускладнень або врятування життя поранених (уражених) шляхом проведення найпростіших медичних заходів. Вона надається безпосередньо на місці поранення (ураження) або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами, бойовими медиками та старшими бойовими медиками підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

Політика госпіталізації – встановлення максимальної кількості часу (діб), протягом якого поранений (уражений, хворий) може перебувати на лікуванні в районі бойових дій або на певному етапі медичної евакуації (рівні медичного забезпечення) до одужання та повернення до військової частини (підрозділу) або направлення на наступні етапи медичної евакуації (рівні медичного забезпечення).

Рівень медичного забезпечення – інтегроване та комплексне поняття, що об'єднує сили і засоби медичної служби, їх спроможності з медичного забезпечення військ, насамперед з надання медичної допомоги та евакуації поранених (уражених, хворих). З урахуванням впровадження в Збройних Силах України стандартів НАТО проведення медичного забезпечення військ передбачається здійснювати в рамках чотирьох рівнів. Кожний з чотирьох рівнів медичного забезпечення передбачає певний перелік лікувально-евакуаційних заходів, які проводяться з урахуванням встановлених часових нормативів.

Санітарна обробка – сукупність заходів, спрямованих на видалення та знешкодження радіоактивних речовин, отруйних речовин і біологічних засобів зі шкіри, обмундирування і протигазів особового складу та поранених (уражених, хворих).

Санітарні втрати – поранені, уражені, травмовані та хворі, які втратили боєздатність (працездатність) не менше ніж на одну добу і надійшли на етапи медичної евакуації.

Санітарно-епідемічний стан військ – сукупність даних, що характеризують структуру і динаміку інфекційних захворювань особового складу військ, ймовірність занесення інфекції до військ, а також наявність або відсутність умов для її поширення.

Сили та засоби медичної служби – органи управління медичним забезпеченням (далі – органи управління), медичні підрозділи військових частин, військових навчальних закладів та установ (медичні пункти, медичні роти) та військово-медичні заклади (лікувально-профілактичні, санаторно-курортні, медичного постачання, санітарно-епідеміологічні, навчальні), укомплектовані особовим складом, медичним майном і технікою, та евакуаційно-транспортні засоби.

Система медичного забезпечення Збройних Сил України – сукупність органів управління, військово-медичних закладів (закладів охорони здоров'я), медичних служб та медичних підрозділів військових частин, військових навчальних закладів та установ, які об'єднані спільними метою та завданнями для цілеспрямованої діяльності щодо збереження і зміцнення здоров'я військовослужбовців. Вона базується на єдиних організаційних засадах і призначена для здійснення медичного забезпечення особового складу Збройних Сил України як у мирний, так і воєнний час.

Спеціалізована медична допомога – вища форма медичної допомоги, що надається пораненим (ураженим, хворим) у спеціалізованих відділеннях (клініках) або спеціалізованих закладах охорони здоров'я лікарями-спеціалістами, які мають спеціальне лікувально-діагностичне обладнання та оснащення. Спеціалізована медична допомога поділяється за профілями спеціальностей на нейрохірургічну, травматологічну, торакоабдомінальну, офтальмологічну, стоматологічну тощо.

Спеціальна обробка – комплекс організаційних заходів та технічних засобів, спрямованих на запобігання або ослаблення вражаючої дії отруйних речовин, іонізуючого випромінювання і біологічних засобів. Вона включає дегазацію, дезактивацію і дезінфекцію техніки, озброєння, майна, води та продовольства, а також санітарну обробку особового складу, поранених (уражених, хворих).

Управління медичним забезпеченням – цілеспрямована діяльність начальників (органів управління) медичної служби щодо впливу на підпорядковані сили і засоби з метою беззастережного виконання завдань за призначенням та досягнення поставленої мети.

Шлях евакуації – шлях, по якому проводиться транспортування поранених (уражених, хворих) на етапи медичної евакуації.

“Damage Control” – сучасна хірургічна тактика або тактика контролю пошкоджень, що спрямована на мінімізацію обсягу первинного хірургічного втручання у тяжкопоранених з подальшим виконанням відтермінованого остаточного хірургічного втручання після стабілізації їх стану.

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Скорочення та умовні позначення	Повне словосполучення та поняття, що скорочуються
1	2
АМБ	Аеромедична бригада
АМЕ	Аеромедична евакуація
АМЗІ	Аптечка медична загальновійськова індивідуальна
АМІСП	Аптечка медична індивідуальна спеціального призначення
АНТ	Антибіотики
аср	Автосанітарна рота
Б-1	Комплект “Перев’язувальні засоби стерильні”
Б-2	Комплект “Шини”
Б-3	Комплект “Перев’язувальні засоби нестерильні”
Б-4	Комплект “Перев’язувальні засоби для хворих з опіками стерильні”
БР	Біологічні речовини
АТО	Антитерористична операція
ВГ	Військовий госпіталь
ВМГ	Військовий мобільний госпіталь
ВМС ЗС України	Військово-Морські Сили Збройних Сил України
ВМКЦ	Військово-медичний клінічний центр
ВСЛ	Військова санітарна летючка
ДДА	Дезінфекційно-душова установка на шасі автомобіля
ЕМЕ	Етап медичної евакуації
ЗОЗ	Заклад охорони здоров’я
ЗМУ	Зброя масового ураження
ЗС України	Збройні Сили України
ІЛЗ	Інфузійні лікарські засоби
ІПП	Індивідуальний протихімічний пакет
КП	Командний пункт
ЛЗ	Лікарські засоби для поранених
ЛЗТ	Лікарські засоби терапевтичні
ЛЗХ	Лікарські засоби хірургічні
ЛСБ	Лікарсько - сестринська бригада
медр	Медична рота
МКХ	Міжнародна класифікація хвороб
МОЗ України	Міністерство охорони здоров’я України
МО України	Міністерство оборони України
МП	Медичний пункт
МПБ	Медичний пункт батальйону
МПР	Медичний пост роти
НВМКЦ	Національний військово-медичний клінічний центр “ТВКІ”

1	2
НМЗС	Наплічник медичний загальновійськовий санітара
НМЗСІ	Наплічник медичний загальновійськовий санітарного інструктора
ООС	Операція Об'єднаних сил
ОР	Отруйні речовини
ОТУ	Оперативно-тактичне угруповання
ПМС	Пересувний медичний склад
ПМК	Первинна медична картка
ППІ	Пакет перев'язувальний індивідуальний
ПСТ	Пост санітарного транспорту
ПУ МТЗ	Пункт управління матеріально-технічним забезпеченням
ПФ	Комплект польовий фельдшерський
РР	Радіаційні речовини
СМВ	Сумка медична військова
СМС	Сумка медична санітара
ТМП	Тимчасовий медичний пункт
Ш-4	Лямка спеціальна
ШВЛ	Штучна вентиляція легенів
ЯЗ	Ядерна зброя
NATO (НАТО)	North Atlantic Treaty Organization (Організація Північноатлантичного договору)
TCCC	Tactical Combat Casualty Care
STANAG	Standardization Agreement (Угода зі стандартизації)

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Бойовий статут медичної служби Військово – Морських Сил Збройних Сил України розроблено на виконання вимог Директиви Генерального штабу ЗС України від 13 березня 2020 року № Д-6 “Про організацію розроблення доктринальних документів ЗС України”.

1.2. Статут опрацьовано з урахуванням вимог Доктрини “Медичні сили Збройних Сил України”, затвердженої Головнокомандувачем Збройних Сил України від 13.11.2020 (№ 2694/НВГШ)(посилання а).

1.3. Статут враховує положення Принципів і політики щодо медико-санітарного забезпечення НАТО (МС 0326/4) (посилання е), Спільної доктрини НАТО щодо медичного забезпечення (АJP-4.10(В)(посилання ж), Доктрини з планування медичного забезпечення військ (сил) НАТО (AJmedP-1) (посилання и) та Спільної об’єднаної доктрини з медичної евакуації (STANAG 2546) (посилання к).

1.4. Статут визначає сучасну систему медичного забезпечення ВМС ЗС України в особливий період, завдання, умови діяльності медичної служби, порядок планування та проведення лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів, медичного постачання (медичної логістики) та медичного захисту військ.

1.5. Статут призначено для органів військового управління ВМС ЗС України всіх рівнів, органів управління медичним забезпеченням ВМС ЗС України, начальників медичних служб усіх рівнів, начальників медичних підрозділів військових частин.

2. ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬКОВО – МОРСЬКИХ СИЛ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

2.1. Загальні положення

2.1.1. Медичне забезпечення є окремим видом забезпечення ВМС ЗС України і являє собою систему заходів щодо збереження та зміцнення здоров’я особового складу, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги військовослужбовцям, лікування і відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, уражень, захворювань і травм.

2.1.2. Медичне забезпечення включає організаційні, лікувально-евакуаційні, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, медичне постачання (медичну логістику), підготовку військово-медичних кадрів і наукове вирішення проблем військової медицини. Реалізація зазначених заходів забезпечується наявністю відповідної нормативно-правової бази, належним матеріально-технічним забезпеченням, чіткою системою управління, якісним зв’язком та інформаційною підтримкою.

2.1.3. Організація та здійснення медичного забезпечення ВМС ЗС України покладаються на медичну службу ВМС ЗС України, яка є однією із служб забезпечення військ. У своїй діяльності медична служба використовує сучасні досягнення медичної науки, техніки, новітні технології, стандарти медичної допомоги (медичні стандарти) та клінічні протоколи надання медичної допомоги, систему військово-медичних стандартів тощо.

2.1.4. Здоров'я військовослужбовців є основою їх професійної придатності, здатності до виконання завдань з високим фізичним та психологічним навантаженням в екстремальних умовах з підвищеним ризиком для життя. Здоров'я військовослужбовців є важливою складовою боєздатності військ (сил). Загальна відповідальність за збереження життя та здоров'я військовослужбовців покладається на командувачів (командирів, начальників) та є одним з їх основних обов'язків.

2.1.5. Безпосереднє підпорядкування начальників медичних служб (органів управління медичним забезпеченням) командувачам (командирам, начальникам) на всіх рівнях військового управління є необхідною умовою ефективного медичного забезпечення військ (сил).

2.2. Умови діяльності медичної служби та їх вплив на організацію медичного забезпечення військ (сил)

2.2.1. До основних умов, що впливають на діяльність медичної служби ВМС ЗС України, належать:

структура, оснащення і форми застосування ВМС ЗС України;

масштаби застосування, види бойової діяльності військ (сил), форми і способи їх застосування;

фактори оперативно-тактичної обстановки пов'язані з особливостями того або іншого виду операції (бойових дій) (морські, амфібійні, протидесантні, тощо);

технічна оснащеність військ (сил) та засоби ведення війни;

величина і структура санітарних втрат (велика кількість постраждалих одночасно при морських і амфібійних операціях);

кліматичні та географічні фактори (віддаленість районів плавання кораблів від своїх пунктів базування; тривалість плавання; характером кліматичних умов районів плавання кораблів);

склад сил і засобів медичної служби, відповідність їх структури і спроможностей завданням, що вирішуються;

санітарно-епідемічний стан військ (сил) та займаної ними території;

рівень розвитку загальнодержавної системи охорони здоров'я та мережі цивільних закладів охорони здоров'я.

2.2.2. Медичне забезпечення військ (сил) в особливий період передбачає високу мобільність медичної служби, її адаптивність до швидкоплинних змін бойової та медико-тактичної обстановки з урахуванням величини і структури санітарних втрат, а також способів ведення операцій (бойових дій). Забезпечення медичної служби засобами пересування та зв'язку здійснюється відповідно до технічної оснащеності військ (сил) (посилання б).

2.2.3. Застосування різних видів зброї, зокрема зброї масового ураження (ЗМУ), створює передумови до різкого погіршення санітарно-епідемічного стану військ і займаної ними території. Зростає ймовірність виникнення масових інфекційних захворювань як в результаті застосування біологічної зброї, так і внаслідок погіршення санітарних умов у смузі діючого угруповання військ (сил) і в тилу (за межами операційної зони, району), що пов'язано з руйнуванням санітарно-технічних та інших комунальних споруд, забрудненням великих площ радіоактивними та отруйними речовинами, скупченістю військ, міграцією населення тощо. Ці чинники потребують постійного проведення медичної розвідки, чіткого планування та організації протиепідемічних заходів, а також здійснення заходів щодо медичного захисту військ (сил) від ураження засобами радіаційного, хімічного та біологічного походження.

2.2.4. Умови діяльності медичної служби під час ведення бойових дій із застосуванням лише звичайних засобів ураження, також мають свої особливості, що обумовлено насамперед технічним переоснащенням військ, удосконаленням звичайних видів зброї та значним підвищенням її вогневої потужності.

2.2.5. У надзвичайно складних умовах сучасної війни вирішальний вплив на діяльність медичної служби матимуть такі чинники:

несподіваність (раптовість) нападу, тобто спосіб розв'язання війни. При несподіваному (раптовому) нападі медична служба перебуває в найбільш несприятливих умовах, оскільки вона має швидко відновити свою боєздатність (втрати), взяти участь у ліквідації наслідків нападу та організувати медичне забезпечення бойових дій;

нерівномірність та одномоментність санітарних втрат, особливо в морі, коли ймовірність вибухів і подальшої пожежі в замкненому просторі як правило, призводить до невідповідності між наявними силами і засобами медичної служби та потребою в них (переважання потреб над наявними ресурсами). Також унікальною рисою морських операцій є необхідність лікування більших кількостей потоплюваних замерзлих людей при втраті судна або значному його ушкодженні;

зростання небезпеки виникнення та розповсюдження інфекційних захворювань через скупчення особового складу в обмеженому просторі на кораблях, катерах, суднах;

великої маси військ і населення на обмеженій території, погіршення умов розміщення та харчування військ і, як наслідок, послаблення захисних реакцій організму, масового переміщення населення, погіршення епідемічної обстановки та вплив інших несприятливих чинників;

втрати серед особового складу медичної служби, знищення її техніки, майна та оснащення;

поява нових видів бойових уражень зброєю, яка не застосовувалась раніше, що потребує їх вивчення, впровадження нових методів надання медичної допомоги та лікування і, можливо, зміни організаційних форм медичного забезпечення;

складність надання окремих видів медичної допомоги на кораблях та евакуації поранених, уражених, травмованих і хворих з кораблів на військово-морські бази;

діяльність медичної служби переважно в польових умовах (брак опалення, оснащення, освітлення, води), в зоні бойових дій та осередках масового ураження (нервово-психічне напруження), при перевантаженні лікувальних закладів та їх вимушеній передислокації (радіаційна і хімічна обстановка).

2.3. Мета та завдання медичного забезпечення

2.3.1. Метою медичного забезпечення ВМС ЗС України є підтримання високого рівня боєздатності особового складу військ (сил) шляхом збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, запобігання виникненню і розповсюдженню хвороб, надання медичної допомоги, лікування та найшвидшого відновлення їх працездатності та боєздатності після поранень, уражень, травм і захворювань.

2.3.2. Основними завданнями медичного забезпечення ВМС ЗС України є: організація та проведення заходів щодо надання медичної допомоги пораненим, ураженим, травмованим і хворим, їх лікування та відновлення боєздатності (працездатності);

санітарний нагляд, організація і здійснення медичних заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців для підтримання їх боєздатності, запобігання виникненню і розповсюдженню захворювань;

проведення медичних заходів щодо захисту особового складу військ від наслідків застосування зброї масового ураження та впливу уражаючих факторів під час руйнування потенційно небезпечних об'єктів атомної і хімічної промисловості;

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

2.4. Принципи медичного забезпечення

В основу медичного забезпечення ВМС ЗС України покладено такі основні принципи:

профілактична спрямованість;

єдині погляди на профілактику, діагностику та лікування поранених, уражених і хворих;

своєчасність і послідовність у наданні медичної допомоги та лікуванні поранених, уражених і хворих;

проведення лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних) заходів відповідно до стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та військово-медичних стандартів;

розподіл єдиного лікувально-діагностичного процесу на ряд послідовних взаємопов'язаних заходів, що відповідають певним рівням надання медичної допомоги, поєднаних з евакуацією поранених, уражених і хворих за призначенням;

наближення медичної допомоги, у тому числі спеціалізованої, до поранених, уражених і хворих шляхом використання сучасних медичних технологій та скорочення кількості етапів надання медичної допомоги;

постійна готовність сил і засобів медичної служби до медичного забезпечення військ під час повсякденної діяльності, у разі їх застосування, участі в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, в операціях з підтримання миру і безпеки;

формування необхідного резерву, здійснення маневру та раціональне використання сил і засобів медичної служби;

територіальний принцип медичного забезпечення та інтеграція системи медичного забезпечення військ в єдиний медичний простір України;

дотримання міжнародного законодавства щодо збройних конфліктів та Женевських конвенцій про захист жертв війни;

забезпечення належних умов для розміщення та лікування поранених, уражених і хворих військовослужбовців.

2.5. Організаційна структура медичної служби Військово – Морських Сил Збройних Сил України

2.5.1. Організаційна структура медичної служби формується відповідно до організаційної штатної структури ВМС ЗС України та органів військового управління. Кожен військовий підрозділ, військова частина, оперативно-тактичне угруповання, мають у своєму складі або підпорядкуванні відповідний елемент (сили і засоби) медичної служби.

2.5.2. До сил і засобів медичної служби ВМС ЗС України належать органи управління, медичні підрозділи військових частин, військових навчальних закладів і установ (медичні пункти, медичні роти, лазарети).

2.5.3. Військово-медичні заклади (лікувально-профілактичні, санаторно-курортні, медичного постачання, санітарно-епідеміологічні, навчальні), евакуаційно-транспортні частини, укомплектовані особовим складом, медичним майном і технікою та евакуаційно-транспортними засобами підпорядковуються Командуванню медичних сил.

2.5.4. Медичну службу ВМС ЗС України очолює начальник медичної служби Командування ВМС ЗС України. Йому підпорядковані зі спеціальних (медичних) питань начальники медичних служб командувань, флотилії, військових частин.

Крім того, на період проведення військових операцій за рішенням Командування медичних сил Збройних Сил України можуть надаватися в оперативне (тимчасове) підпорядкування військові мобільні госпіталі та евакуаційно-транспортні частини або підрозділи.

2.5.5. Медичну службу бригади (полку, окремої військової частини) очолює начальник медичної служби, який підпорядковується безпосередньо командирі бригади (полку, окремої військової частини), а зі спеціальних (медичних) питань – начальнику медичної служби вищого органу військового управління.

Основу медичної служби бригади (полку), військово – морської бази становлять медична рота або медичний пункт, батальйони (дивізії) мають у своєму складі медичний пункт батальйону (дивізіону).

2.5.6. У ротах (батареях) медична служба представлена старшими бойовими медиками, які підпорядковуються безпосередньо командирам рот (батарей), а з питань організації медичного забезпечення виконують вказівки начальника медичного пункту батальйону.

2.5.7. У взводах медична служба представлена бойовими медиками, які підпорядковуються безпосередньо командирам взводів, а зі спеціальних питань – старшим бойовим медикам рот (батарей), у відділеннях – стрільцями-санітарами, які підпорядковуються безпосередньо командирам відділень.

2.5.8. Медична служба плавскладу ВМС ЗС України

2.5.8.1. Медичну службу Флотилії очолює начальник медичної служби (флагманський спеціаліст), який підпорядковується безпосередньо командирі Флотилії, а зі спеціальних (медичних) питань – начальнику медичної служби вищого органу військового управління.

2.5.8.2. Медичну службу корабля очолює начальник медичної служби, який безпосередньо підпорядковується командирі корабля, а зі спеціальних питань керується вказівками старшого медичного начальника.

2.5.8.3. Штатна медична служба надводних кораблів представлена:
на кораблях 1 та 2 рангу - начальником медичної служби, фельдшером;
на кораблях 3 рангу - фельдшером.

2.5.8.4. Для проведення заходів щодо медичного забезпечення на надводних кораблях обладнуються приміщення медичного призначення, склад і оснащення яких визначаються проєктом корабля, а також штатом його медичної служби.

2.6. Завдання медичної служби ВМС ЗС України

Незалежно від умов діяльності військ на медичну службу покладаються такі основні завдання:

забезпечення високої бойової та мобілізаційної готовності органів управління медичним забезпеченням, медичної служби військових частин;
участь у комплектуванні ВМС ЗС України здоровим особовим складом;
організація і проведення медичних заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я військовослужбовців, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя військ у різних умовах діяльності;
організація та проведення лікувально-профілактичних (лікувально-евакуаційних) заходів серед особового складу, надання медичної допомоги військовослужбовцям, їх лікування та реабілітація;
забезпечення військ медичним майном;
підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації медичного персоналу ВМС ЗС України.

3. САНІТАРНІ ВТРАТИ ВІЙСЬК

3.1. Визначення та класифікація санітарних втрат

3.1.1. Загальні втрати особового складу військ (сил) під час їх застосування розподіляються на безповоротні та санітарні.

До безповоротних бойових втрат належать вбиті, зниклі безвісти, ті, що потрапили у полон, померлі від ран і хвороб та інтерновані. У свою чергу категорія “вбиті” поділяється на дві підкатегорії:

загиблі безпосередньо під час бойових дій або померлі внаслідок поранень (уражень), отриманих в ході бойових дій, до надходження в медичні підрозділи (військово-медичні заклади);

ті, що загинули не в бойових умовах до надходження в медичні підрозділи (військово-медичні заклади) (внаслідок дорожньо-транспортних аварій, суїцидів, необережного поводження зі зброєю).

3.1.2. Категорія “померлі від ран і хвороб” поділяється на дві підкатегорії:

померлі в медичних підрозділах (закладах) внаслідок поранень (уражень), отриманих у ході бойових дій;

померлі в медичних підрозділах (військово-медичних закладах) внаслідок поранень (уражень, травм і хвороб), не пов'язаних з бойовими діями.

3.1.3. Прогнозування санітарних втрат військ служить основою для визначення потреби в силах і засобах медичної служби під час планування медичного забезпечення операцій (бойових дій). Визначення величини та структури ймовірних санітарних втрат проводиться відповідно до затверджених методик¹.

3.1.4. Залежно від причин, що призвели до втрати боєздатності (працездатності), санітарні втрати поділяються на бойові (поранені, уражені в бою) та небойові (хворі, побутові травми та ін.), (рисунки 1).

3.1.4.1. До **бойових санітарних втрат** належать постраждалі від всіх видів зброї та внаслідок впливу супутніх уражаючих 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 військ.

3.1.4.2. За обставинами окремо виділяються бойові санітарні втрати внаслідок ураження власною зброєю. Самоушкодження та втрати, що виникають під час несанкціонованого залишення військовослужбовцем своєї частини чи району дислокації військ, бойовими не вважаються.

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

3.1.5. Залежно від впливу на військовослужбовців різних видів зброї або різних уражаючих факторів одного виду зброї розрізняються комбіновані, множинні та поєднані поранення (ураження).

3.1.5.1. **Комбінованими** вважаються поранення (ураження), спричинені різними видами зброї або різними уражаючими факторами одного й того ж виду зброї.

3.1.5.2. **Множинні поранення (ураження)** – це декілька пошкоджень одним або кількома снарядами в межах однієї анатомічної ділянки тіла.

3.1.5.3 **Поєднані поранення (ураження)** характеризуються наявністю декількох пошкоджень (одним або кількома снарядами) на двох і більше анатомічних ділянках тіла.

3.1.6. З метою єдиного підходу до лікарської оцінки поранень, уражень, травм і захворювань, методів та послідовності їх лікування в Збройних Силах

¹ Методика розрахунку втрат особового складу військ (сил) на воєнний час, затверджена начальником Генерального штабу Збройних Сил України 06.06.2011 року.

України використовуються прийнята класифікація і номенклатура бойових уражень та Міжнародна класифікація хвороб останнього перегляду² зі спеціальними, призначеними для потреб військової медицини, доповненнями³.

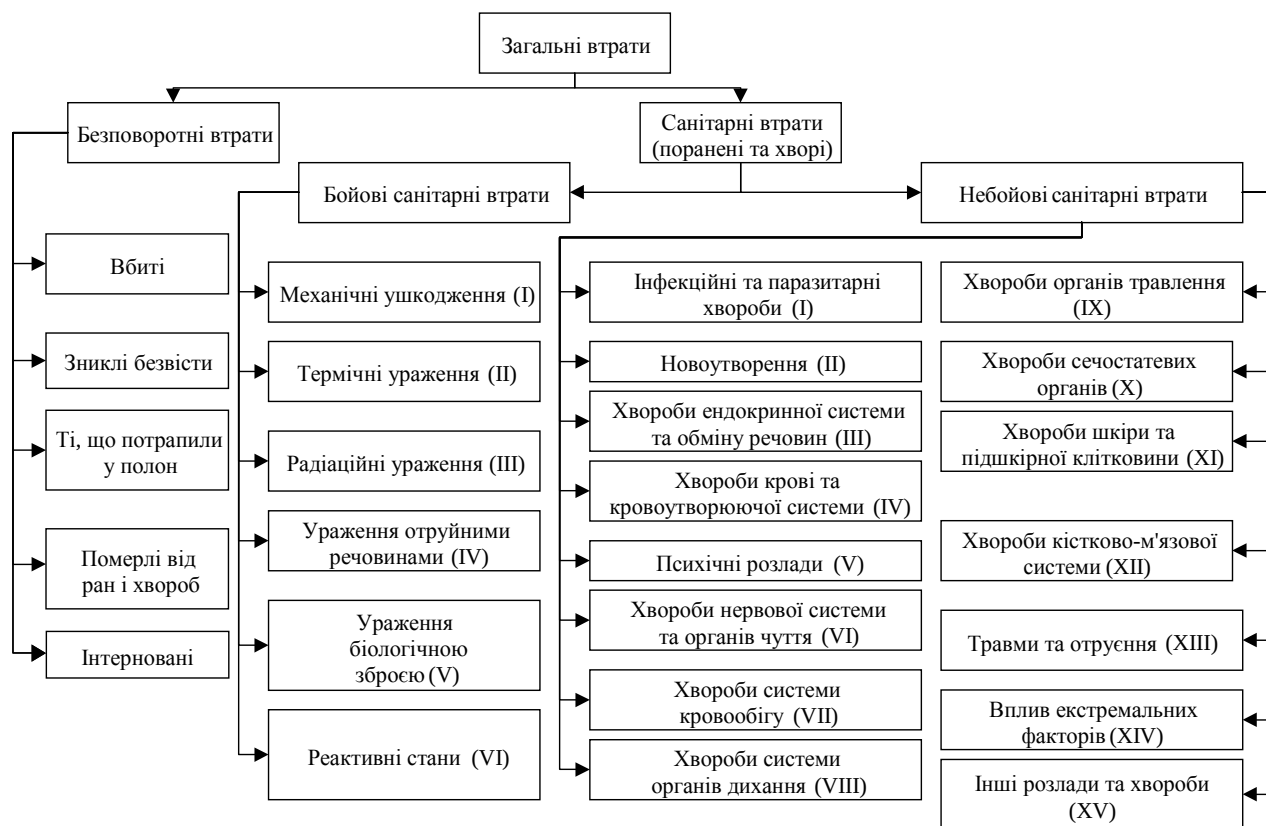


Рисунок 1 — класифікація видів втрат особового складу (категорії небойових санітарних втрат наведені у відповідності до Міжнародної класифікації хвороб останнього перегляду)

3.2. Величина та характеристика санітарних втрат

3.2.1. Визначення величини бойових санітарних втрат здійснюється за допомогою розрахунків, які проводяться з використанням спеціальних коефіцієнтів. Коефіцієнт втрат — це відсоток втрат особового складу від загальної його кількості за добу або за певний період бойових дій.

3.2.2. Для уточнення розрахунку санітарних втрат окремі коефіцієнти враховують форми та способи застосування військ (сил), місце військової частини в оперативній побудові військ, тривалість та інтенсивність операції (бойових дій), попередній досвід участі особового складу в бойових діях тощо.

Основний принцип застосування коефіцієнтів втрат полягає у тому, що як вихідний застосовується коефіцієнт середньої величини втрат (загальних або

² На момент видання даного Статуту діє Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду — *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*.

³ В НАТО прийняте доповнення до МКХ STANAG 2050 MED “Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death” (“Статистична класифікація хвороб, травм та причин смерті”) (посилання л).

санітарних). Після оцінки характеру та ступеня впливу конкретних умов обстановки на величину втрат вносяться відповідні корективи в середні коефіцієнти шляхом їх збільшення або зменшення відповідно до діючої методики. Така оцінка може проводитися щодо втрат від кожного із засобів ураження, що застосовує противник. Загальні показники очікуваної величини санітарних втрат визначаються шляхом визначення суми розрахункових втрат від різних видів зброї (факторів ураження) та кількості хворих із застосуванням методів і правил математичної статистики та теорії ймовірності.

3.2.3. Прогнозування санітарних втрат здійснюється на основі підбору сукупності коефіцієнтів для окремих військових частин та угруповань військ для різних видів і періодів операцій (бойових дій), з урахуванням умов передбачуваних операцій (бойових дій), які зможуть вплинути на їх величину: завдання військ і характер бойових дій, співвідношення сил та засобів сторін, місце військових частин та угруповань військ в оперативній побудові військ (сил), бойовий досвід особового складу, особливості зброї, що застосовується, та інтенсивність її використання, наявність та ефективність засобів захисту особового складу військ (сил) від різних видів зброї, морально-психологічний стан військовослужбовців, санітарно-епідемічний стан навколишнього середовища, метеорологічні умови, географічний та ландшафтний характер місцевості, ступінь її інженерного обладнання тощо.

3.2.4. Відповідно до вимог Женевських конвенцій, ратифікованих Україною, медична служба Збройних Сил України має надавати медичну допомогу пораненим і хворим військовополоненим⁴, а також цивільному населенню⁵, що також необхідно враховувати під час планування медичного забезпечення операцій.

3.3. Санітарні втрати при застосуванні зброї масового ураження

3.3.1. У випадку застосування в бойових діях ЗМУ санітарні втрати характеризуватимуться масовістю, одночасністю, збільшенням кількості комбінованих уражень та більш тяжким перебігом. Уражені зброєю масового ураження будуть потребувати проведення спеціальної обробки (деконтамінації або санітарної обробки). Санітарні втрати групуються за факторами ураження зброї масового ураження.

3.3.2. Величина та структура санітарних втрат від ядерної зброї залежать від багатьох факторів: потужності і виду ядерного вибуху (вибухів), характеру бойових дій, бойових порядків і щільності розташування військ, ступеня

⁴ Женевська Конвенція про поводження з військовополоненими (Женева, 12 серпня 1949 р.), Женевська Конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях (Женева, 12 серпня 1949 р.)

⁵ Женевська Конвенція про захист цивільного населення під час війни (Женева, 12 серпня 1949 р.)

захищеності особового складу, його віддалення від епіцентру вибуху, використання захисних властивостей бойової техніки та інженерних споруд, бойового досвіду військ, характеристики місцевості, метеорологічних умов, пори року тощо.

3.3.3. Санітарні втрати від хімічної зброї стаються не лише в районі її застосування, а й у зоні поширення токсичних речовин. Величина і структура санітарних втрат від хімічної зброї залежать від способів та масштабів її застосування, типу, фізико-хімічних і токсичних властивостей отруйної речовини (речовин), ступеня раптовості хімічних ударів, характеру бойових дій, щільності розташування військ на території, що зазнає зараження, метеорологічних і топографічних умов, ступеня захищеності особового складу, фізичного, морального та психологічного стану особового складу, своєчасності використання і ефективності засобів захисту, зокрема медичних, у тому числі антидотів, тощо.

3.3.4. Втрати від біологічної зброї залежать від виду збудника (токсину), способу та масштабів його застосування, ступеня раптовості, характеру місцевості, кліматично-географічних умов зони бойових дій, ступеня захисту військовослужбовців від біологічних агентів, досконалості системи протибіологічного захисту, наявності в особового складу засобів захисту та навичок їхнього використання, санітарно-епідемічного стану території.

3.3.5. Санітарні втрати в осередках застосування зброї масового ураження визначаються шляхом розрахунків із використанням спеціальних методик. Величина і структура санітарних втрат у військових частинах можуть коливатися в широких межах, а їхнє прогнозування дозволяє оцінити сукупність наслідків застосування зброї масового ураження.

3.4. Санітарні втрати в берегових частинах

3.4.1. Санітарні втрати визначаються в абсолютних числах та у відсотковому відношенні до кількості особового складу. Санітарні втрати визначаються в середньому за добу, максимальні та мінімальні за добу, за бій, операцію в цілому або на період виконання бойового завдання.

3.4.2. Результати розрахунків санітарних втрат заносяться в таблицю, яка включається до плану медичного забезпечення. Дані прогнозування санітарних втрат використовуються начальниками медичної служби в ході планування медичного забезпечення операції (бойових дій) з метою розрахунку потреби в силах та засобах медичної служби на певний час (операцію, період бойових дій).

3.4.3. За умов ефективної системи лікувально-евакуаційних заходів структура санітарних втрат за станом тяжкості поранених (уражених) розподіляється: 10-20 % – у тяжкому стані, 30-40 % – середнього ступеня тяжкості і 50 % – легкого ступеня тяжкості. Своєчасно та якісно надана домедична допомога, а також медична допомога на передових етапах медичної евакуації (рівнях медичного забезпечення) призводить до збільшення кількості тяжкопоранених в структурі санітарних втрат.

3.4.4. Залежно від локалізації поранень санітарні втрати поділяються на:

поранення голови – 7,0-13,0 %;

ший – 0,5-1,5 %;

грудей – 6,6-12,2 %;

черева – 1,9-9,1%;

тазу, попереку та сідниць – 3,2-7,0 %;

хребта – 0,3-1,5 %;

верхніх кінцівок – 29,0-45,0 %;

нижніх кінцівок – 30,0-40,0 %.

Внаслідок мінно-вибухової травми значно збільшується кількість осколкових поранень і травм голови, водночас невелика кількість поранень у груди та живіт пояснюється застосуванням військовослужбовцями засобів індивідуального захисту (бронежилетів).

3.4.5. Структура санітарних втрат враховується під час планування медичного забезпечення бойового застосування військ (сил) з метою визначення необхідного комплексу сил і засобів медичної служби, порядку організації та проведення лікувально-евакуаційних заходів.

3.5. Санітарні втрати на корабельних силах

3.5.1. Бойові санітарні втрати на корабельних силах ВМС в сучасних морських операціях будуть пов'язані із застосуванням противником звичайних видів зброї. Застосування ЯЗ в районах Чорного моря малоймовірно.

3.5.2. Виникнення бойових санітарних втрат залежатиме від комплексу випадкових впливів, невизначених, а в ряді випадків – неконтрольованих факторів, що практично виключає можливість використання жорстко регламентованих нормативів. Величина і структура бойових санітарних втрат, їх розподіл по угрупованням корабельних сил і по часу операції можуть значно варіюватися.

3.5.3. Бойові санітарні втрати від звичайних видів зброї при виконанні ними бойових завдань в морських операціях можуть складати до 9% на з'єднаннях (групах) надводних кораблів від загальної чисельності особового складу корабельних з'єднань.

3.5.4. При визначенні оперативних показників розмірів імовірних санітарних втрат на з'єднаннях корабельних сил враховується, що їх участь в морських операціях може мати результатом пошкодження (затоплення) до 30% бойового складу. Врахована рівноймовірність збереження пошкодженими кораблями плавучості та затоплення (співвідношення 1:1). При цьому середні показники величини бойових санітарних втрат на ушкоджених сучасними видами зброї кораблях прийняті в усталених показниках (від чисельності екіпажів):

- на підводних човнах – 20-25%;
- на надводних кораблях 1-2 рангів – 8-15%;
- на надводних кораблях 3 рангу – 25-30%.

3.5.5. Структура санітарних втрат по локалізації поранень на кораблях суттєво відрізняється від структури поранень у берегових частинах. Поранення голови на надводних кораблях відмічаються в два рази частіше (до 20%), а поранення кінцівок в 1,5 рази частіше.

3.5.6. У структурі санітарних втрат на кораблях значно більшою, в порівнянні з береговими частинами, є питома вага опіків, контузій та отруєнь. У загальному числі санітарних втрат опіки на надводних кораблях складають 2-8%, на підводних човнах – 23-24%, а контузії та отруєння складають, відповідно на надводних кораблях 7-8% та 1-2%, на підводних човнах – 9-12% та 20-60%. Значну питому вагу в структурі санітарних втрат на корабельних силах займають переохолодження (відмороження) – 7-8%.

3.6. Лікувально-евакуаційна характеристика санітарних втрат

3.6.1. Для успішного вирішення завдань медичного забезпечення велике значення має знання не тільки об'ємів і структури санітарних втрат, а й визначення ступеня потреби поранених і хворих в різних лікувально-евакуаційних заходах (у винесенні, транспортуванні, санітарній обробці, наданні медичної допомоги і т. д.).

В умовах сучасної війни виносу (транспортування) та евакуації на спеціальному санітарному транспорті потребуватимуть всі тяжкопоранені і хворі, а також біля половини поранених і хворих середньої тяжкості, в середньому до 50-60% всіх поранених і хворих.

Усі поранені і хворі, заражені радіоактивними та отруйними речовинами, а також бактеріальними засобами, потребуватимуть санітарної обробки.

3.6.2. Найважливішим елементом лікувально-евакуаційної характеристики санітарних втрат є потреба поранених і хворих у медичній допомозі.

Відповідно до існуючого ешелонування медичної допомоги потреба поранених і хворих у наданні різних видів її (перша медична допомога, долікарська, перша лікарська, кваліфікована і спеціалізована медична допомога) представляється в наступному вигляді.

3.6.2.1. У наданні першої медичної допомоги на місці поранення (захворювання) потребують усі поранені і хворі; 80-100% загальної кількості поранених потребуватиме перші 4-6 год з моменту враження в наданні першої лікарської допомоги, в тому числі 20-30% (серед важко уражених-50%) в наданні даного виду допомоги в першу чергу в зв'язку з явищами, які загрожують їх життю, тобто за невідкладними показниками (кровотеча, шок, асфіксія і т. д.). Серед уражених хімічною зброєю і токсинами категорія «потребують допомоги при невідкладних показаннях» може скласти 60-80%, а серед уражених бактеріологічними (біологічними) зброєю - не більше 5-10%

3.6.2.2. Значна частина поранених і хворих (до 60-70%) потребуватиме кваліфікованої медичної допомоги, в проведенні фахівцями (хірургами і терапевтами) комплексу протишокових заходів, хірургічних втручань, заходів інтенсивної терапії та реанімації. Певна частина поранених і хворих (до 20-35%) потребуватиме надання кваліфікованої медичної допомоги в перші 8-12 год. з моменту поразки в зв'язку з явищами, загрозливими смертельними наслідками (з невідкладних показаннями). З них до 5-10% потребуватимуть хірургічного втручання і 10-25% протишокових заходів. Серед уражених іонізуючим випромінюванням, бойовими отруйними речовинами і токсинами категорія «потребують кваліфікованої медичної допомоги за невідкладними показниками» може скласти 50-60% з числа поранених, яким надано кваліфіковану медичну допомогу при невідкладних показаннях, до 10% на термін 3-10 діб стають нетранспортабельними для подальшої евакуації. Після трепанації черепа час нетранспортабельності зростає до 2-3 тижнів. Кількість нетранспортабельних на час до 2-3 доби серед уражених хімічною зброєю і токсинами може скласти 40-50%. При використанні для евакуації поранених і хворих вертольотів нетранспортабельні уражені можуть бути евакуйовані протягом 2 діб.

3.6.2.3. Вищим видом медичної допомоги, що надається нейрохірургами, ортопедами, офтальмологами, отоларингологами і іншими лікарями-спеціалістами, є спеціалізована медична допомога. Надання цієї допомоги потребуватимуть до 30 - 50% поранених в голову, шию, хребет; в груди, живіт і таз; в стегно і великі суглоби; в довгі трубчасті кістки. З числа легкопоранених, обпалених і мають інші травматичні пошкодження в спеціалізованій медичній допомозі потребуватиме 10-15% поранених.

3.6.3. Усі поранені і хворі потребуватимуть лікування (амбулаторного або стаціонарного), тривалість і місце проведення якого визначаються характером і важкістю поранення (захворювання). До 5-10% легкопоранених і хворих, термін лікування яких в середньому становить 5-10 діб, залишаються на пунктах (постах) медичної допомоги частин (кораблів) і з'єднань. До лікувальних установ направляються 90- 95% поранених і хворих. Для завершального лікування в госпіталях в залежності від терміну (60 - 90 діб) і категорії санітарних втрат, залишаються 60-70% поранених вогнепальною зброєю, уражених ядерною зброєю, 60-80% - хімічною зброєю і токсинами, 65-70% хворих з реактивними станами, 85% контужених, 85-90% соматичних хворих і 100% уражених мікробними рецептурами. До лікувальних установ тилу країни евакуювалися в середньому 25-35% поранених вогнепальною зброєю і уражених ядерною зброєю, 15-20% - хімічною зброєю і токсинами, а також 5-10% хворих.

4. ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНО-ЕВАКУАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

4.1. Загальні положення організації лікувально-евакуаційних заходів

4.1.1. Надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих військовослужбовців в особливий період має проводитися в обсягах, що максимально відповідають основним стандартам медичної допомоги (медичним стандартам) мирного часу.

4.1.2. У місцях постійної дислокації військовослужбовці забезпечуються безоплатною медичною допомогою в медичних підрозділах військових частин, а також у військово-медичних закладах. У разі їх відсутності або відсутності відповідних відділень чи спеціального медичного обладнання, а також у невідкладних випадках медична допомога надається в державних або комунальних закладах охорони здоров'я чи у закладах охорони здоров'я інших центральних органів виконавчої влади.

4.1.3. Основою медичного забезпечення військ в особливий період є система лікувально-евакуаційних заходів (рисунок 2), яка являє собою сукупність взаємопов'язаних принципів організації медичної допомоги пораненим (ураженим), їх лікування, евакуації, реабілітації та призначених для цього сил і засобів медичної служби.

4.1.4. Головна мета лікувально-евакуаційних заходів – збереження життя військовослужбовців, якнайшвидше відновлення їх боєздатності (працездатності) та повернення до строю якомога більшої кількості поранених (уражених).

4.1.5. Лікувально-евакуаційні заходи включають розшук та збір поранених (уражених), медичне сортування, надання їм усіх видів медичної допомоги, передевакуаційну підготовку, евакуацію, лікування та медичну реабілітацію, які проводяться послідовно та безперервно відповідно до клінічних потреб.

4.1.6. Сутність сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів полягає в етапному лікуванні поранених (уражених) з їх евакуацією за призначенням до лікувальних закладів, де їм може бути надано вичерпну медичну допомогу, проведено лікування та медичну реабілітацію.

4.1.7. Побудова сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів здійснюється з використанням медичних підрозділів військових частин, мобільних військово-медичних закладів та максимальним залученням існуючої мережі стаціонарних військових і цивільних закладів охорони здоров'я. Підготовка визначених цивільних закладів охорони здоров'я до роботи у воєнний час проводиться заздалегідь, ще у мирний час.

4.1.8. Сучасна система лікувально-евакуаційних заходів передбачає своєчасне, послідовне та спадкоємне проведення пораненим (ураженим) необхідних лікувально-діагностичних заходів у поєднанні з евакуацією їх на етапи медичної евакуації (рівні медичного забезпечення), що забезпечують надання необхідної медичної допомоги, повноцінне лікування та реабілітацію.

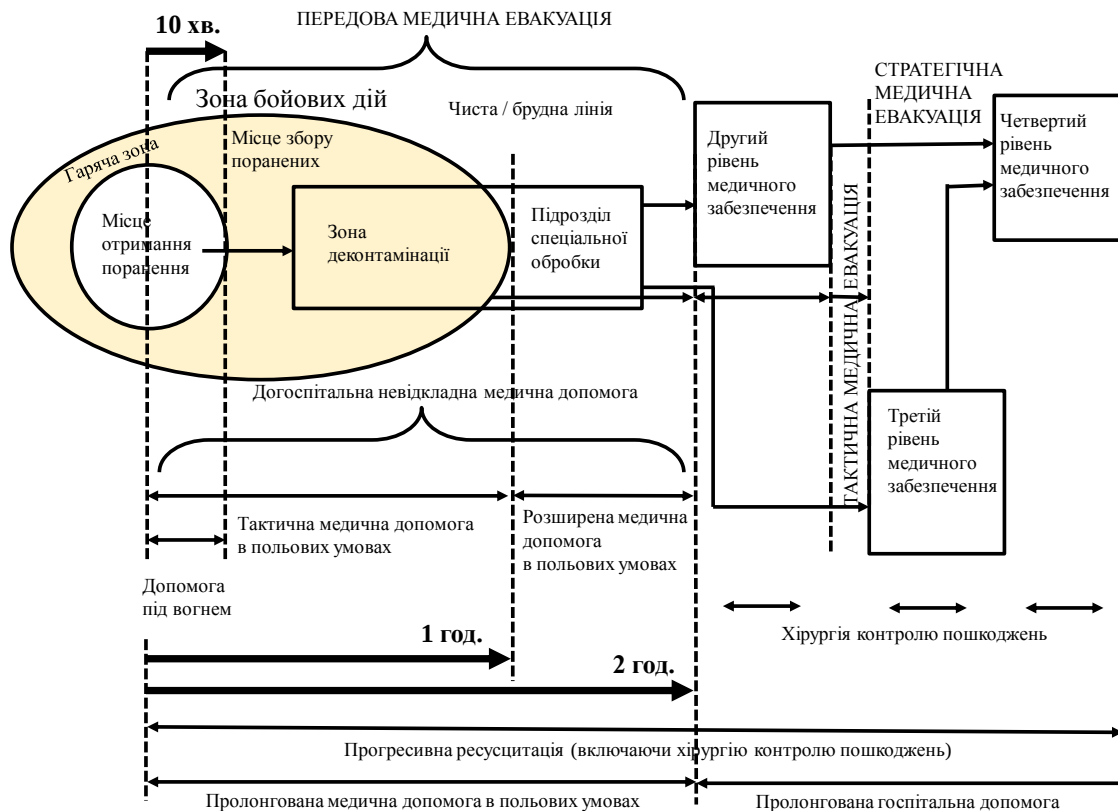


Рисунок 2 — принципова схема лікувально-евакуаційних заходів в системі медичного забезпечення Збройних Сил України.

4.1.9. Максимальна ефективність лікувально-евакуаційних заходів досягається:

проведенням своєчасних та ефективних превентивних (профілактичних) заходів;

своєчасною та якісною домедичною допомогою, а також своєчасною, послідовною та безперервною медичною допомогою;

своєчасними та ефективними реанімаційними заходами;

безперервною медичною евакуацією;

наближенням спеціалізованої медичної допомоги до поранених (уражених);

наявністю сучасного лікувально-діагностичного та комплектно-табельного оснащення;

ефективним управлінням медичним забезпеченням і контролем за його проведенням, надійним зв'язком та інформаційною підтримкою.

4.1.10. Своєчасність лікування є фундаментальним принципом медичної допомоги. Час, протягом якого надається необхідна медична допомога, особливо тяжкопораненим, впливає на результати та наслідки лікування, що вимагає якнайшвидшого проведення лікувально-евакуаційних заходів. Особливо важливим є надання домедичної допомоги протягом перших 10 хвилин з моменту поранення, зокрема зупинка зовнішньої кровотечі, відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів та знеболення. Для цього особовий склад військ (сил) має бути відповідно підготовленим та здатним надавати домедичну допомогу, особливо зупиняти кровотечі та відновлювати прохідність дихальних шляхів.

Своєчасна та якісно надана медична допомога скорочує тривалість лікування, створює умови для ефективної медичної і соціальної реабілітації та повернення поранених (уражених) до військових частин.

4.1.11. У системі лікувально-евакуаційних заходів встановлено часові обмеження щодо надання медичної допомоги: 10 – 1 – 2, що означає:

надання домедичної допомоги не пізніше 10 хвилин від моменту поранення (невідкладні заходи порятунку життя, виконані персоналом, який підготовлений з тактичної медицини при бойових пораненнях (TCCC – Tactical Combat Casualty Care).

надання першої лікарської допомоги (проведення реанімаційного контролю ушкоджень та необхідних лікувально-діагностичних заходів) протягом однієї години від моменту поранення;

проведення невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги (першої хірургічної допомоги – операції з контролю ушкоджень) протягом однієї та не пізніше двох годин з моменту поранення.

4.1.12. Хірургічна допомога розпочинається з невідкладних хірургічних заходів за принципом (Damage Control Surgery) для стабілізації стану поранених, порятунку їх життя, кінцівок чи функціональності. Пацієнт може

потребувати ряду хірургічних втручань у різних лікувальних закладах з різними та, зазвичай, щоразу вищими медичними можливостями. Така концепція етапного надання медичної допомоги та лікування забезпечує передовим військово-медичним підрозділам і закладам вищу мобільність та дозволяє зосередити спеціалізовану та ресурсомістку допомогу в більш безпечних районах.

4.1.13. Під час проведення морських операцій виконання невідкладних заходів кваліфікованої медичної допомоги на кораблях можливе за рахунок підсилення лікарсько – сестринськими бригадами (ЛСБ).

4.1.14. Послідовність у лікуванні поранених (уражених) забезпечується збільшенням обсягу медичної допомоги та використанням більш складних технологій її надання на кожному з наступних етапів медичної евакуації (рівнів медичного забезпечення).

4.1.15. Спадкоємність у лікуванні поранених (уражених) досягається єдиним розумінням патологічних процесів, що відбуваються в організмі людини при пораненнях (ураженнях), єдиними методами їх профілактики та лікування, чітким веденням медичної документації.

4.2. Особливості лікувально-евакуаційного забезпечення кораблів в плаванні

4.2.1. Особливості організації лікувально-евакуаційного забезпечення кораблів в плаванні визначаються:

віддаленістю районів плавання кораблів від своїх пунктів базування;

тривалістю плавання;

характером кліматичних умов районів плавання кораблів;

оперативно-тактичною обстановкою в районах плавання;

високою нервово-психічною напруженістю особового складу;

обмеженими можливостями своєчасної евакуації хворих з кораблів і корабельних з'єднань;

обмеженнями контактів між кораблями з'єднання через несприятливу гідрометеорологічну обстановку (хвилювання моря, погана видимість тощо);

можливостями корабельних систем і пристроїв, що забезпечують передачу людей з корабля на корабель;

специфічними корабельними умовами, що знижують продуктивність лікарських, хірургічних і протишокових бригад і що утрудняють організацію їх роботи по наданню медичної допомоги.

Вказані чинники визначають самостійність медичної служби в проведенні лікувально-евакуаційних заходів, викликають необхідність розширення виду і обсягу медичної допомоги і організації лікування більшості хворих безпосередньо на кораблі.

4.2.2. Головними завданнями медичної служби при організації лікувально-евакуаційного забезпечення плавання кораблів є:

своєчасне надання медичної допомоги при гострих захворюваннях, травмах, отруєннях і інших ураженнях;

підтримка високої бойової готовності медичної служби для проведення всього комплексу медичних заходів.

4.2.3. Загальне керівництво лікувально-евакуаційним забезпеченням плавання кораблів і корабельних з'єднань здійснює начальник медичної служби ВМС ЗС України, безпосереднє керівництво організацією і проведенням заходів щодо лікувально-евакуаційного забезпечення – флагманський лікар з'єднання кораблів або флагманський лікар походу.

4.2.4. Надання медичної допомоги хворим у період плавання кораблів здійснює особовий склад штатної медичної служби кораблів, а також медичні групи підсилення, що додаються на період плавання окремим кораблям або з'єднанням.

4.2.5. Розміщення і лікування хворих проводиться як безпосередньо на самих кораблях (у корабельних лазаретах), так і на судах забезпечення.

4.2.6. Вид і обсяг медичної допомоги, що надається безпосередньо на кораблях в період плавання, визначаються можливостями їх штатної медичної служби. На кораблях без штатної медичної служби надається перша медична допомога в порядку само- та взаємодопомоги, на кораблях 3 рангу надається долікарська (фельдшерська) допомога, на кораблях 2 рангу і кораблях 1 рангу з одним лікарем – перша лікарська з елементами кваліфікованої медична допомога.

4.2.7. У разі підсилення штатної медичної служби корабля лікарями-фахівцями вид медичної допомоги, що надається безпосередньо на кораблі, може підвищуватися, а її обсяг – розширюватися. При появі на кораблі хворих, що потребують надання медичної допомоги фахівцями високої кваліфікації, організація надання медичної допомоги повинна передбачати перехід лікарів-фахівців груп підсилення або передачу хворих на судна або на кораблі, де ці фахівці є.

4.2.8. У разі неможливості надання медичної допомоги безпосередньо в районі плавання корабля або корабельного з'єднання через відсутність медичного складу відповідної кваліфікації повинна бути передбачена евакуація хворих в найближчі порти.

4.3. Медичне сортування поранених і хворих

4.3.1. Основою організації лікувально-евакуаційних заходів є медичне сортування. Воно забезпечує чітку організацію роботи етапів медичної евакуації з надання медичної допомоги пораненим (ураженим).

4.3.2. Залежно від завдань, що вирішуються в процесі медичного сортування поранених (уражених), розрізняють такі його види:

внутрішньопунктове – розподіл поранених (уражених), які прибули на етапи медичної евакуації, на групи для направлення їх у відповідні функціональні підрозділи цього етапу медичної евакуації та встановлення черговості їх направлення в ці підрозділи для надання медичної допомоги;

евакуаційно-транспортне – розподіл поранених (уражених) на цьому етапі медичної евакуації на групи згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами та засобами їх подальшої евакуації.

4.3.3. Принципи медичного сортування та вимоги щодо його проведення:

медичне сортування розпочинається в процесі надання першої лікарської допомоги та продовжується на всіх етапах медичної евакуації;

у процесі сортування в першу чергу мають бути виявлені поранені (уражені), які потребують надання невідкладної медичної допомоги;

у разі потреби, якщо це можливо, сортування поранених (уражених) на кожному етапі медичної евакуації проводиться декілька разів (під час надходження на етапи медичної евакуації, після надання медичної допомоги, перед завантаженням (посадкою) в транспортний засіб для подальшої евакуації), з метою вчасного виявлення змін у стані поранених (уражених), що можуть потребувати переведення їх до іншої групи (категорії);

медичне сортування має проводити найбільш кваліфікований медичний працівник, який є на даному етапі медичної евакуації;

результати медичного сортування обов'язково фіксуються спеціальними позначеннями поранених (уражених), а також відповідними записами в їхніх медичних документах;

медичне сортування здійснюється в інтересах більшості поранених (уражених) та спрямовується на надання першочергової медичної допомоги особам, які перебувають у критичному, але не безнадійному стані, та перспективним у прогностичному відношенні, які мають більше шансів повернутися до строю.

4.3.4. Медичне сортування, як правило, проводиться на основі діагнозу поранення (ураження) та його прогнозу, а тому завжди носить діагностичний і прогнозний характер. Для фіксування результатів медичного сортування на етапах медичної евакуації використовуються кольорові або фігурні сортувальні марки, виконуються записи в первинній медичній картці та в інших медичних документах.

4.3.5. Медичне сортування поранених (уражених) проводиться на кожному етапі медичної евакуації та здійснюється у всіх його функціональних підрозділах. Зміст сортування залежить від завдань, які покладені на той чи інший функціональний підрозділ або етап медичної евакуації в цілому, а також від умов бойової та медико-тактичної обстановки.

4.3.6. У результаті сортування на етапах медичної евакуації в першу чергу виділяються поранені (уражені), які становлять загрозу для оточуючих і, відповідно, потребують спеціальної обробки або ізоляції (інфекційні хворі, заражені отруйними або високотоксичними речовинами, біологічними засобами, ті, які мають забруднення шкірних покривів та обмундирування радіоактивними речовинами з потужністю доз, що перевищують безпечні рівні, та ті, що знаходяться в стані різкого психомоторного збудження).

4.3.7. Виділяються такі основні групи поранених (уражених) з відповідним маркуванням і заповненням медичних документів:

I група – поранені (уражені), які потребують надання невідкладної медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації (невідкладні); маркуються сортувальними марками червоного кольору; медична допомога та евакуація забезпечується в першу чергу.

II група – поранені (уражені), яким медична допомога може бути відтермінована протягом обмеженого часу без загрози летального наслідку (термінові); маркуються сортувальними марками жовтого кольору; підлягають подальшій евакуації після “червоної” групи.

III група – поранені (уражені), яким медична допомога може бути відтермінована на більш тривалий час у порівнянні з пораненими II групи (легкопоранені, ходячі); маркуються сортувальними марками зеленого кольору; медичну допомогу надають в третю чергу, евакуюють в останню чергу.

IV група – поранені (уражені), які отримали ураження несумісні з життям і потребують лише заходів симптоматичної терапії (агонуючі); маркуються сортувальними марками чорного кольору.

Виділяється група поранених (уражених), які підлягають поверненню у свої підрозділи після отримання відповідної медичної допомоги та короткочасного відпочинку.

4.3.8. У процесі сортування виділяються також поранені (уражені), лікування яких повинно проводитися на даному етапі медичної евакуації до повного одужання, та ті, хто підлягає тимчасовій затримці на даному етапі з причини тяжкості стану (нетранспортабельні). Поранені (уражені), які підлягають подальшій евакуації, в свою чергу поділяються на групи відповідно до того, на які етапи медичної евакуації вони направляються, а також згідно з черговістю, засобами і способами їх евакуації.

4.3.9. В умовах масового надходження поранених (уражених) на етапи медичної евакуації і скорочення обсягу медичної допомоги їх внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне сортування здійснюється одночасно в інтересах максимальної економії наявних сил і засобів медичної служби. У такому випадку, в процесі внутрішньопунктового сортування, разом з вирішенням питання необхідності надання медичної допомоги, її характеру, терміновості та місця надання, визначається евакуаційне призначення, черговість, спосіб та засоби подальшої евакуації поранених (уражених).

4.4. Рівні медичного забезпечення (етапи медичної евакуації)

4.4.1. Загальні принципи лікування і профілактики захворювань (травм), а також вимоги і стандарти щодо якості надання медичної допомоги військовослужбовцям єдині для мирного часу та особливого періоду і відрізняються порядком організації медичного забезпечення військ відповідно до характеру збройного конфлікту та конкретних умов оперативної і бойової обстановки.

4.4.2. Можливості системи медичного забезпечення мають бути адекватними чисельності військ, їх завданням, напруженості бойових дій, сучасним видам озброєння, очікуваним величині та структурі санітарних втрат особового складу.

4.4.3. Лікувально-евакуаційні заходи в системі медичного забезпечення військ у бойових умовах проводяться за чотирма рівнями медичного забезпечення (рисунк 3), а саме:

1) перший рівень – формується та реалізується на тактичному рівні за рахунок сил і засобів медичної служби батальйону (корабля (судна), військово – морської бази) з можливим підсиленням, і передбачає надання першої медичної (домедичної), долікарської та першої лікарської допомоги (проведення медичного сортування, необхідних лікувально-діагностичних, реанімаційних і стабілізаційних заходів, тимчасового утримання до евакуації);

2) другий рівень – формується та реалізується на тактичному рівні за рахунок сил і засобів медичної служби бригади (з можливим підсиленням) та передбачає надання кваліфікованої медичної допомоги (прийняття і сортування поранених, надання їм хірургічної допомоги, проведення реанімаційних та протишокових заходів, тимчасового утримання до евакуації). На кораблях 1-2 рангів можливе підсилення за рахунок сил і засобів військових госпіталів (ЛСБ).

Залежно від чисельності військових частин (підрозділів), в інтересах яких здійснюється медичне забезпечення, другий рівень медичного забезпечення може бути представлений як:

передовий другий рівень, що розгортається в певних умовах тактичної обстановки для прийняття, сортування поранених, надання їм хірургічної допомоги в обсягах зупинки кровотечі, відновлення кровотоку та перфузії

тканин, збереження кінцівки, проведення реанімаційних та протишокових заходів.

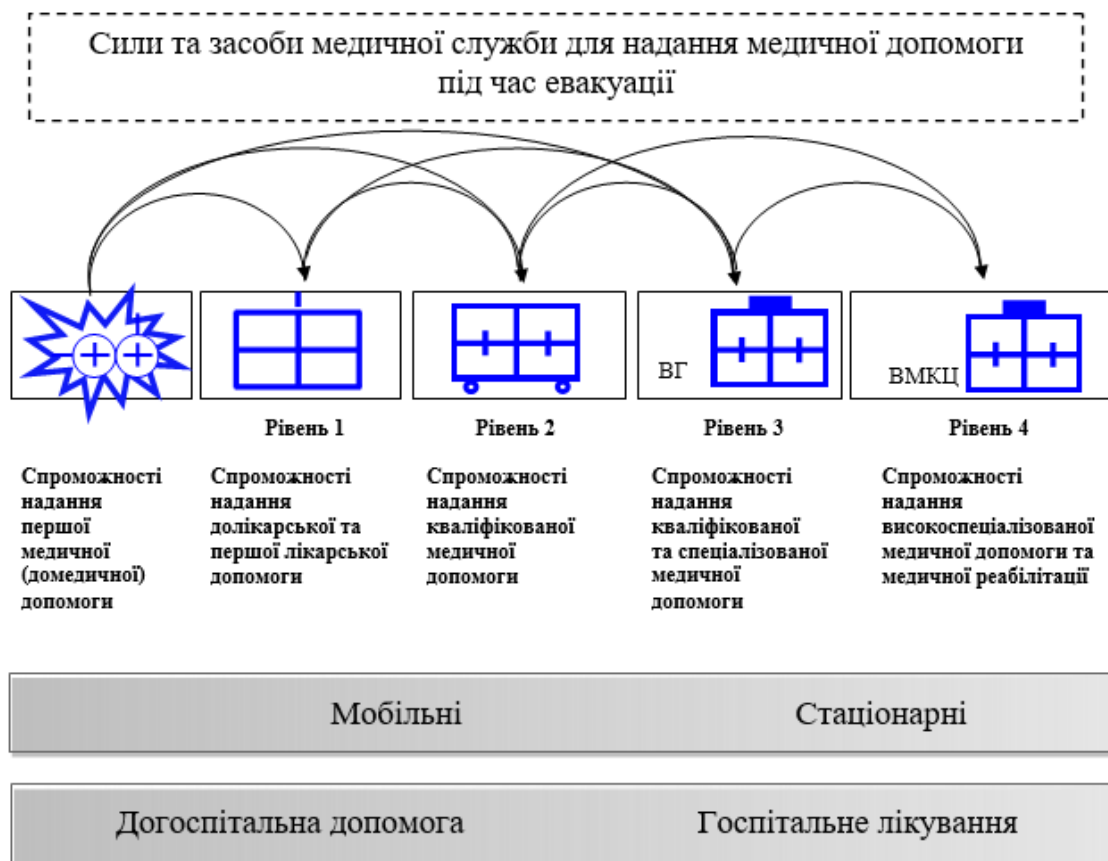


Рисунок 3 — система лікувально-евакуаційних заходів у Збройних Силах України.

Цей рівень формується за рахунок медичної роти бригади або передової хірургічної групи, які розгортаються самостійно в польових умовах, на базі цивільних закладів охорони здоров'я або підсилюють медичні підрозділи першого рівня;

базовий другий рівень також є мобільним, передбачає надання кваліфікованої медичної допомоги (прийняття та сортування поранених, проведення діагностичних заходів, надання хірургічної допомоги, проведення реанімаційних та протишокових заходів, тимчасового утримання до евакуації);

покращений другий рівень передбачає розширення переліку діагностичних методик (лабораторна діагностика, рентгенодіагностичні дослідження) та запровадження елементів спеціалізованої медичної допомоги. Цей рівень формується за рахунок медичної роти, підсиленої необхідними хірургічними групами, або військового мобільного госпіталю, що розгортається частково чи повністю в польових умовах або на базі цивільних закладів охорони здоров'я;

3) третій рівень – формується та реалізується на оперативному рівні за рахунок військових мобільних госпіталів і стаціонарних військових або цивільних закладів охорони здоров'я, що розгортаються (розташовані) в межах операційної зони, та передбачає надання кваліфікованої

і спеціалізованої медичної допомоги (діагностика та необхідне стаціонарне лікування поранених в зоні бойових дій з метою їх найшвидшого повернення до строю або направлення на наступний етап медичної евакуації);

4) четвертий рівень – формується та реалізується на стратегічному рівні за рахунок військово-медичних клінічних центрів, закладів охорони здоров'я державної і комунальної власності та передбачає надання високоспеціалізованої медичної допомоги із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності.

4.4.4. Модульна побудова медичних підрозділів військових частин і військово-медичних закладів та їх організаційно-штатна структура на кожному рівні медичного забезпечення передбачають також можливість надання медичної допомоги, що надається на нижчому рівні.

4.4.5. Медична реабілітація проводиться після закінчення лікування або є його продовженням та завершенням і проводиться у військово-медичних клінічних центрах, центрах медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування або в цивільних закладах охорони здоров'я чи за кордоном.

4.4.6. Термін **“рівень медичного забезпечення”** використовується в сучасній адаптованій до міжнародних вимог системі лікувально-евакуаційних заходів для розподілу (класифікації) медичних підрозділів і військово-медичних закладів на 4 категорії (нумерація від першого до четвертого) відповідно до завдань і можливостей щодо надання медичної допомоги та лікування, здійснення медичної евакуації поранених (уражених), укомплектування медичним майном, проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів та виконання інших заходів зі збереження життя і здоров'я військовослужбовців.

4.4.7. Числова нумерація рівня (підрозділу, закладу) медичного забезпечення може супроводжуватися знаком “+”, що свідчить про його розширені спроможності щодо надання медичної допомоги. Розширення спроможностей може здійснюватися як за рахунок підсилення з боку старшого медичного начальника, так і може бути передбачено його штатом.

4.4.8. Медична допомога та лікування поранених, уражених і хворих в особливий період здійснюється на етапах медичної евакуації, які формуються за рахунок медичних пунктів військових частин (підрозділів), медичних рот бригад та військових мобільних госпіталів, що розгортаються в певній послідовності на евакуаційних напрямках, а також стаціонарних військових або цивільних закладів охорони здоров'я.

4.4.9. Організаційна структура медичних підрозділів та військово-медичних закладів, які є основою для розгортання етапів медичної евакуації, передбачає наявність у своєму складі семи основних модулів, призначених для⁶:

- здійснення управління і зв'язку;
- проведення діагностичних досліджень;
- надання екстреної медичної допомоги;
- надання початкової хірургічної допомоги;
- проведення стаціонарного лікування;
- здійснення післяопераційного догляду;
- медичного постачання.

Для підсилення етапів медичної евакуації розгортаються модулі: медичної візуалізації (УЗ-діагностика, Ро-графія тощо); комп'ютерної томографії; хірургічний; стоматологічний; стерилізаційний; стаціонарний (із загальнопрофільними палатами); первинної медичної допомоги; інтенсивної терапії; аптека; лабораторія; психічного здоров'я; терапевтичний; ізолятор; управління закладу охорони здоров'я.

4.4.10. З метою реагування на більш широкий спектр загроз у зоні ведення бойових дій, за рекомендаціями стандартизованих угод НАТО, на етапах медичної евакуації можуть розгортатися ще 13 додаткових модулів, зокрема: вузькопрофільних медичних фахівців; спеціалізована хірургія; виробництво (добування) кисню; превентивна (профілактична) медицина; барокамера; телемедицина; евакотранспортний; магнітно-резонансна томографія; заготівля і зберігання крові та її компонентів; знезараження та лікування при застосуванні ядерної, хімічної та біологічної зброї; фізіотерапія; морг.

4.4.11. Основними принципами розгортання етапів медичної евакуації є максимальне наближення їх до осередків санітарних втрат та скорочення їх кількості в лікувально-евакуаційному процесі. Етапи медичної евакуації мають бути автономними, мобільними, постійно готовими до маневру та надання медичної допомоги встановленого виду та обсягу.

4.4.12. На кожному етапі медичної евакуації, незалежно від рівня медичного забезпечення, виконується обов'язковий обсяг загальних для кожного з них заходів: прийняття, реєстрація та медичне сортування поранених (уражених), які надходять; проведення за показаннями санітарної обробки поранених (уражених), дезінфекції, дезактивації та дегазації їхнього одягу та зброї; надання пораненим (ураженим) медичної допомоги; стаціонарне лікування та підготовка до евакуації тих, які підлягають лікуванню на наступних етапах медичної евакуації; ізоляція інфекційних хворих.

⁶ NATO STANDARD AJP-4.10. Allied joint medical support doctrine. Edition B Version 1. – Brussels: Supreme Headquarters of Allied Powers in Europe, May 2015. – 170 p. (Спільна доктрина НАТО щодо медичного забезпечення (AJP-4.10(B)).

4.4.13. Для виконання зазначених заходів у складі кожного етапу медичної евакуації розгортаються: сортувально-евакуаційне (у підрозділах другого рівня медичного забезпечення) або приймально-сортувальне відділення (у закладах третього і четвертого рівнів медичного забезпечення); відділення (площадка) спеціальної обробки; перев'язувальна, операційно-перев'язувальна, госпітальне відділення; протишокові палати, відділення анестезіології та реанімації (інтенсивної терапії), лікувальні відділення, стоматологічні кабінети медичних підрозділів другого рівня та закладів третього і четвертого рівнів медичного забезпечення; клінічні лабораторії, рентгенівські кабінети, палати функціональної діагностики, діагностичні палати у закладах третього і четвертого рівнів медичного забезпечення; ізолятор для ізоляції інфекційних хворих, психоізолятор для ізоляції поранених (уражених) з реактивними станами; управління (штаби), підрозділи забезпечення (аптека, кухня, склади тощо), (рисунок 4).

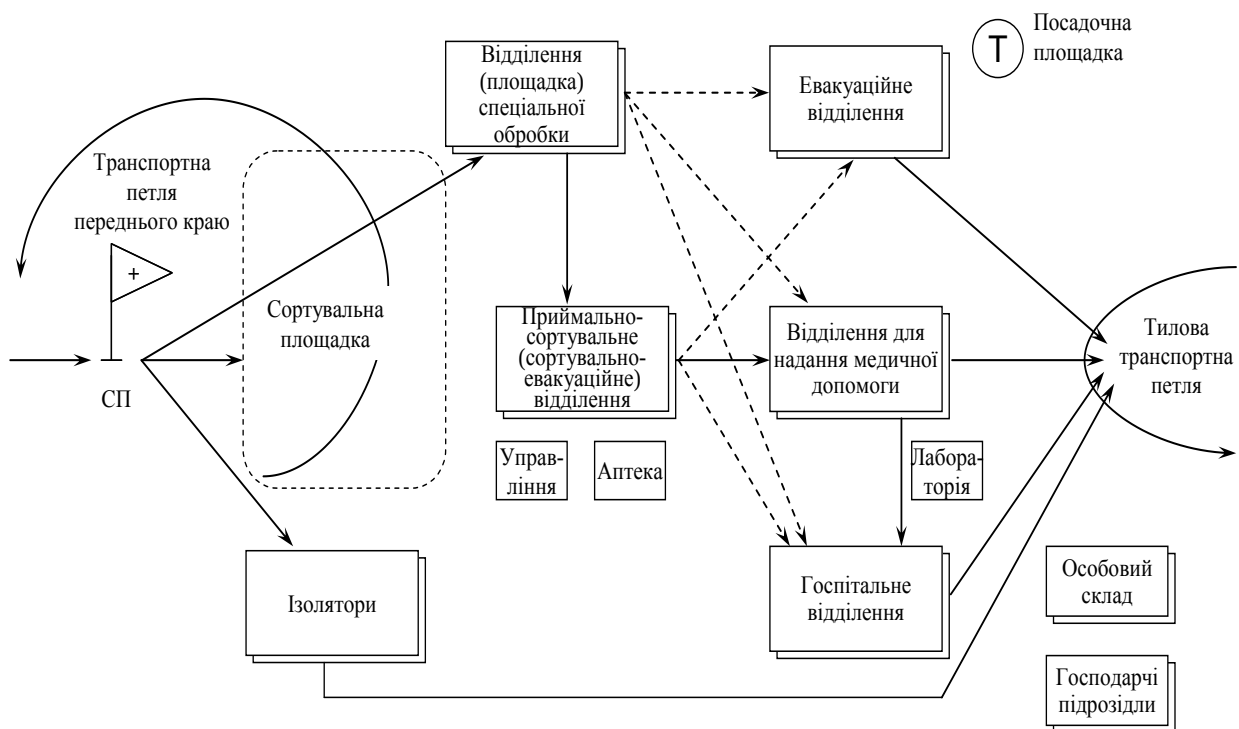


Рисунок 4 — принципова схема розгортання етапів медичної евакуації другого та третього рівнів медичного забезпечення.

4.4.14. Місце для розгортання медичних підрозділів військових частин або військово-медичних закладів повинно відповідати таким вимогам:

бути достатнім за площею, щоб можна було розгорнути всі передбачені для цього етапу медичної евакуації функціональні підрозділи (наприклад, для медичного пункту полку (бригади) – 100×100 м; для медичної роти бригади – 200×300 м; для військового мобільного госпіталю – 300×400 м);

розташовуватися неподалік від основних шляхів підвозу та евакуації, мати хороші під'їзні дороги, придатні для руху транспорту;

знаходитися на достатній відстані від об'єктів, які можуть привертати увагу противника та мають підвищену загрозу їх ураження (вогневі позиції артилерії, командні пункти, резерви військ тощо);

мати можливість використовувати захисні властивості місцевості для захисту етапів медичної евакуації від дії зброї масового ураження;

мати свої джерела водопостачання;

бути благополучними в санітарно-епідемічному відношенні.

4.4.15. Схеми розгортання медичного пункту полку, медичної роти (медичного пункту) бригади та військового мобільного госпіталю залежать від їх організаційно-штатної структури, наявного санітарно-технічного і комплектно-табельного оснащення, умов бойової та медико-тактичної обстановки, а також наявних ресурсів цивільної охорони здоров'я в регіоні.

4.4.16. Етапи медичної евакуації мають бути постійно готовими до роботи в різних умовах та швидкої зміни місця розташування, до одночасного прийняття великої кількості поранених (уражених), у тому числі й безпосередньо з осередків масового ураження.

4.4.17. Райони та терміни розгортання, а також порядок переміщення медичних підрозділів і мобільних військово-медичних закладів визначаються старшим медичним начальником.

4.4.18. В умовах, що вимагають негайного переміщення медичних підрозділів і мобільних військово-медичних закладів, рішення щодо їх переміщення безпосередні медичні начальники приймають самостійно з подальшою доповіддю відповідному командирі та старшому медичному начальнику, а також наступним повідомленням нижчих рівнів медичного забезпечення, звідки здійснювалося прийняття поранених (уражених).

4.4.19. Медичні підрозділи другого рівня та мобільні військово-медичні заклади третього рівня медичного забезпечення повинні розгортатися і повністю бути готовими до прийняття поранених (уражених) протягом 2-ох годин влітку та протягом 3-ох годин взимку після прибуття до місця розгортання. Готовність першої черги, що визначається розгортанням сортувально-евакуаційного та операційно-перев'язувального відділень (перев'язувальної або операційної), повинна забезпечуватись протягом 40 хвилин після прибуття на місце розгортання. Поблизу місця їх розгортання може обладнуватись злітно-посадкова площадка для прийняття санітарних вертольотів.

4.4.20. У разі можливості окремі етапи медичної евакуації розгортаються на базі заздалегідь визначених цивільних закладів охорони здоров'я, розташованих на основних евакуаційних напрямках у районах ведення бойових дій або поблизу них.

4.5. Види та обсяги медичної допомоги

4.5.1. Медична допомога пораненим (ураженим) військовослужбовцям в особливий період надається на етапах медичної евакуації відповідно до встановлених видів та обсягів медичної допомоги.

4.5.2. У процесі здійснення лікувально-евакуаційних заходів на полі бою та на етапах медичної евакуації передбачається надання таких видів медичної допомоги: перша медична (домедична) допомога, долікарська (фельдшерська) допомога, перша лікарська допомога, кваліфікована медична допомога і спеціалізована медична допомога, медична реабілітація.

4.5.3. Перша медична (домедична) допомога передбачає проведення комплексу заходів, що здійснюються з метою запобігання або зменшення тяжких наслідків уражень, виникнення ускладнень або врятування життя шляхом найпростіших медичних заходів. Вона надається безпосередньо на місці поранення (ураження) або в найближчому укритті самими військовослужбовцями у порядку само- і взаємодопомоги, стрільцями-санітарами, санітарами, водіями-санітарами, бойовими та старшими бойовими медиками військових підрозділів, а також особовим складом підрозділів, що виділяються для рятувальних робіт в осередках масових уражень.

4.5.3.1. Перша медична (домедична) допомога включає:

витягування поранених (уражених) з бойових машин, відсіків кораблів, важкодоступних місць та з-під завалів, винесення їх з осередків пожеж, винесення або вивезення з поля бою (зараженої місцевості);

гасіння на поранених палаючого одягу і запалювальних сумішей, що потрапили на їхнє тіло;

обробку шкіри обличчя за допомогою індивідуального протихімічного пакета та надягання протигазу під час перебування на зараженій місцевості;

тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі доступними засобами: накладання турнікету або стандартного чи імпровізованого джгута; застосування місцевих гемостатиків; накладання тугої пов'язки; притиснення пальцем магістральних судин тощо;

введення антидотів ураженим отруйними речовинами;

усунення асфіксії шляхом звільнення верхніх дихальних шляхів від слизу, крові та можливих чужорідних тіл з допомогою відсмоктувача медичного ручного, фіксування язика у разі його западання шпилькою, яка фіксується бинтом до шиї або підборіддя. У разі зупинки дихання – проведення штучної вентиляції легенів за допомогою мішка типу Амбу з маскою, назофарингіального чи ротового повітропроводу відповідного розміру з лубрикантом на водній основі, дихальної трубки (ТД-1.02 чи S-подібної трубки) або методом “рот до рота” (“рот до носа”);

введення знеболюючих засобів за допомогою шприца;

накладення асептичної пов'язки на рану або опікову поверхню, а при відкритому пневмотораксі – оклюзійної пов'язки (із використанням оклюзійної торакальної наліпки) або гумової обкладинки пакета перев'язувального індивідуального;

проведення пункції плевральної порожнини при напруженому пневмотораксі з допомогою пункційної голки для декомпресії плевральної порожнини 14G 3.25 (2,1 мм x 83 мм);

імобілізацію пошкоджених кінцівок із використанням табельних і підручних засобів при переломах кісток, пораненнях суглобів, синдромі тривалого стиснення та масивних пошкодженнях м'яких тканин;

часткову санітарну обробку (відкритих ділянок шкіри і прилеглих до них ділянок обмундирування) вмістом індивідуального протихімічного пакета;

у разі зараження рани отруйною речовиною – вилучення отрути з рани ватно-марлевым тампоном з індивідуального протихімічного пакета, обробка шкіри навколо неї вмістом індивідуального протихімічного пакета, накладання на рану пов'язки за допомогою пакета перев'язувального індивідуального; при попаданні отруйних речовин в очі – промивання водою з фляги слизової оболонки очей; при пероральному отруєнні – викликання блювоти;

прийняття антибіотиків, протиблювотних та інших лікарських засобів.

4.5.3.2. Під час надання першої медичної допомоги у першу чергу використовуються пакет перев'язувальний індивідуальний, індивідуальний протихімічний пакет пораненого (ураженого) та засоби з його аптечки медичної загальновійськової індивідуальної, а тільки після цього – індивідуальні засоби того, хто надає допомогу, а також засоби із сумки санітара чи наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора.

4.5.4. Долікарська (фельдшерська) допомога доповнює медичні заходи, що надавалися в порядку першої медичної (домедичної) допомоги, і має на меті боротьбу з загрозливими для життя розладами, захист ран від вторинної інфекції, запобігання шоку та боротьбу з ним. Вона надається фельдшерами (помічниками лікарів) в медичних пунктах батальйонів, кораблях (судах) 1-3 рангів (при масових санітарних втратах – в медичному пункті полку і медичній роті бригади) та передбачає виконання таких заходів:

усунення асфіксії (туалет порожнини роту і носоглотки, за необхідності введення повітропроводу, штучна вентиляція легенів за допомогою ручного портативного апарату, інгаляція кисню тощо);

купування судом;

контроль за доцільністю і правильністю накладення турнікета (джгута), накладання турнікета (джгута) при кровотечі, що продовжується;

накладення тугої пов'язки або проведення тугої тампонади рани при тривалій зовнішній кровотечі;

накладення і виправлення неправильно накладених пов'язок;

накладення контурних асептичних пов'язок у разі термічних опіків;

введення знеболюючих засобів, повторне введення антидотів за показаннями, дача антибіотиків;

внутрішньовенне введення кровозамінників пораненим з ознаками тяжкої крововтрати;

покращення транспортної іммобілізації із використанням табельних і підручних засобів;

введення серцево-судинних та інших лікарських засобів за показами;

часткова санітарна обробка тих, хто надходить з осередків хімічних уражень, у разі підозри на попадання отруйних речовин в шлунок – беззондове промивання шлунку;

додаткова дегазація відкритих ділянок тіла та прилеглих до них ділянок обмундирування;

зігрівання поранених (уражених), дача гарячого чаю (за винятком поранених у живіт).

4.5.5. Перша лікарська допомога передбачає проведення комплексу заходів, спрямованих на боротьбу із загрозливими для життя наслідками бойових уражень, надання невідкладної допомоги, профілактику шоку та інших тяжких ускладнень, недопущення розвитку раневих інфекцій та підготовку поранених (уражених) до подальшої евакуації. Вона надається лікарями загальної практики в медичних пунктах батальйонів (дивізіонів), що очолюються лікарями, полків і в медичних ротах бригад. Залежно від обставин, зокрема бойової та медико-тактичної обстановки, перша лікарська допомога може надаватися у повному або скороченому обсязі.

4.5.5.1. Заходи першої лікарської допомоги за терміновістю їх проведення поділяються на невідкладні заходи та заходи, проведення яких може бути відтерміновано.

4.5.5.2. Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених (уражених). До них належать такі заходи:

зупинка зовнішньої кровотечі (введення тампона у рану з накладенням швів на шкіру, прошивання чи перев'язування судин у рані, накладання затискувача (лігатури) на судину, що кровоточить, контроль за доцільністю і правильністю накладення турнікета (джгута) або їх накладання за наявності показань);

усунення гострої дихальної недостатності (застосування електровідсмоктувача для видалення слизу, блювотних мас і крові з верхніх дихальних шляхів, введення повітропроводу, прошивання язика, відсічення або підшивання звисаючих лоскутів м'якого піднебіння та бокових відділів глотки, проведення інтубації трахеї, конікотомії, трахеостомії за показаннями, штучна вентиляція легенів, інгаляція кисню, накладання оклюзійної пов'язки при відкритому пневмотораксі, інгаляція парів етилового спирту при набряку легенів, пункція плевральної порожнини або торакоцентез при напруженому пневмотораксі);

проведення протишокових заходів (переливання крові та кровозамінників при значній крововтраті) з продовженням інфузії в процесі подальшої евакуації (при нестабільній гемодинаміці);

проведення новокаїнових блокад і введення знеболюючих засобів;

транспортна іммобілізація (або її покращення) при переломах кісток і значних пошкодженнях м'яких тканин, які загрожують розвитком небезпечних для життя ускладнень; накладання стандартної транспортної пращовидної шини при переломах щелеп;

внутрішньотазова блокада і накладання протишокової тазової пов'язки при нестабільних переломах кісток тазу;

відсікання сегментів кінцівок при їх неповних відривах і руйнуваннях з наступною транспортною іммобілізацією;

зміна пов'язок на ранах, заражених отруйними або радіоактивними речовинами, а також на ранах, забруднених землею, з проведенням туалету рани, дегазації або дезактивації шкіри та рани, промивання рани розчинами антисептиків, паравульнарним введенням антибіотиків і введенням в рану антисептиків;

надлобкова пункція сечового міхура при пошкодженнях уретри і катетеризація сечового міхура при затримці сечовиділення;

часткова санітарна обробка поранених (уражених), які надходять з осередків радіаційних і хімічних уражень (тяжкоуражених отруйними речовинами – з заміною обмундирування та зняттям протигазу);

промивання розчинами очей при їх ураженні отруйними речовинами шкірно-нарівної дії з наступним введенням у кон'юнктивальний мішок спеціальних очних мазей;

введення за показаннями антидотів за схемою, антибіотиків, протиправцевої сироватки, протисудомних, десенсибілізуючих, бронхорозширюючих, протиблювотних, серцево-судинних та інших засобів;

використання антитоксичної сироватки при отруєннях бактеріальними токсинами та проведення неспецифічної профілактики при ураженні біологічною зброєю;

хімічна обробка ран при їх зараженні стійкими отруйними речовинами;

промивання шлунку за допомогою зонду при попаданні отруйних речовин у шлунок та дача адсорбенту.

4.5.5.3. При пораненнях, ураженнях і захворюваннях, що не становлять загрози життю поранених та хворих, проводяться заходи першої лікарської допомоги, проведення яких може бути відтерміновано, а саме:

поправлення пов'язок і покращення транспортної іммобілізації;

проведення новокаїнових блокад і введення знеболюючих засобів при пошкодженнях середньої тяжкості;

ін'єкції антибіотиків навколо рани та профілактика правця при відкритих травмах і опіках;

проведення дезінтоксикаційної терапії та профілактичне використання антибіотиків при радіаційних і хімічних ураженнях;

зміна пов'язок у разі забруднення рани радіоактивними речовинами;
призначення симптоматичних медикаментозних засобів.

4.5.6. Кваліфікована медична допомога передбачає проведення комплексу заходів, що здійснюються з метою усунення тяжких, загрозливих для життя наслідків та ускладнень поранень (уражень), підготовки поранених (уражених) до подальшої евакуації та створення сприятливих умов для їх подальшого лікування. Вона надається на етапах медичної евакуації (рівнях медичного забезпечення) в медичних ротах бригад та військово-медичних закладах лікарями хірургами і терапевтами.

4.5.6.1. Кваліфікована медична допомога поділяється на хірургічну і терапевтичну та може надаватися у повному або скороченому обсягах.

4.5.6.2. По терміновості проведення заходи кваліфікованої медичної допомоги поділяються на невідкладні заходи та заходи, проведення яких може бути вимушено відтерміновано.

4.5.6.3. Невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги виконуються при пораненнях (ураженнях), що загрожують життю поранених (уражених). Невиконання цих заходів збільшує вірогідність летальності чи розвитку вкрай важких ускладнень.

4.5.6.4. Невідкладні заходи кваліфікованої хірургічної допомоги передбачають:

усунення асфіксії та відновлення прохідності верхніх дихальних шляхів шляхом інтубації трахеї, проведення атипової трахеостомії (конікотомії, введенням інтубаційної трубки в трахею через рану, що зієє);

при внутрішньоплевральній кровотечі – перев'язка кровоточащих судин, накладання бокового шва на пошкодження крупних судин, туга тампонада рани; при пошкодженні легені – тимчасовий або кінцевий аерогемостаз (ушивання рани легені, атипової резекція); інтраплевральна тампонада за неможливості закриття дефекту грудної стінки;

при внутрішньочеревній кровотечі, що триває, – перев'язка судин, відновлення крупних пошкоджених кровоносних судин боковим швом або тимчасовим протезуванням; накладання м'яких затискувачів на судинні ніжки паренхіматозних органів (нирки, селезінка) або їх видалення при руйнуванні; туга тампонада ділянки пошкодження (поранення печінки, заочеревинного простору); обструктивна резекція або тимчасова герметизація пошкодженого порожнинного органу однорядним швом; тимчасове ушивання черевної стінки однорядним швом на шкіру;

лікувально-транспортна іммобілізація нестабільних переломів кісток тазу шляхом накладання стержневих апаратів зовнішньої фіксації;

зупинка зовнішньої кровотечі шляхом перев'язування (прошивання) судин або тугої тампонади рани на голові, шиї чи тулубі;

лікувально-транспортна іммобілізація множинних переломів довгих трубчастих кісток кінцівок шляхом накладання стержневих апаратів зовнішньої фіксації;

зупинка зовнішньої кровотечі шляхом перев'язування (прошивання) другорядних судин або тугої тампонади рани при пошкодженнях кінцівок; тимчасове протезування пошкоджених магістральних судин.

4.5.6.5. У разі затримки евакуації поранених (уражених) проводяться операції за терміновими показаннями з метою усунення ускладнень, що загрожують життю. Проведенню таких операцій (в терміни до 4 годин після поранення) повинно передувати виконання реанімаційних та протишокових заходів. Частина операцій може виконуватися в скороченому обсязі з дотриманням тактики “багатоетапного хірургічного лікування”.

4.5.6.6. До заходів кваліфікованої хірургічної допомоги, що можуть бути відтерміновані, належать:

тимчасове протезування пошкоджених артерій кінцівок при некомпенсованій ішемії (без триваючої кровотечі);

скорочена лапаротомія при пораненнях чи закритих пошкодженнях живота без триваючої кровотечі;

троакарне дренування порожнини сечового міхура при гострій затримці сечовиділення внаслідок поранення уретри, відведення сечі постійною катетеризацією при заочеревинному пораненні сечового міхура;

накладання протиприродного заднього проходу на сигмоподібну кишку та туалет (без первинної хірургічної обробки) рани промежини при заочеревному пораненні прямої кишки;

туалет рани, фасціотомія і лікувально-транспортна іммобілізація стержневим апаратом масивних та забруднених кістково-м'язових ран кінцівок;

некротомія при глибоких циркулярних опіках шиї, грудної клітки та кінцівок, які не викликають розладів дихання та кровообігу;

туалет інтенсивно забруднених ділянок опіків;

обробка ран обличчя при клаптикових пораненнях з накладанням пластинкових швів;

лігатурне зв'язування зубів при переломах нижньої щелепи з дефектом.

4.5.6.7. Заходи кваліфікованої терапевтичної допомоги за терміновістю надання поділяються на невідкладні заходи і заходи, виконання яких може бути відтерміновано (відкладено).

Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю пораненого або хворого (кома, гостра серцево-судинна недостатність, гостра дихальна недостатність, судомний або бронхоспастичний синдром, триваюча блювота з різким зневодненням організму тощо), при різкому психомоторному збудженні, при розвитку нестерпної сверблячки шкіри та при ураженнях із загрозою формування тяжкої інвалідності.

4.5.6.8. До невідкладних заходів кваліфікованої терапевтичної допомоги належать:

повна санітарна обробка осіб, уражених отруйними речовинами (часткова санітарна обробка тяжкоуражених зі зняттям обмундирування і протигазу), та осіб, які мають забруднення шкіри радіонуклідами вище гранично допустимих рівнів;

антидотна терапія та введення протиботулінічної сироватки;

профілактичне введення антибіотиків у разі загрози розвитку пневмонії у тяжкоуражених отруйними речовинами;

комплексна терапія гострої серцево-судинної недостатності;

застосування дихальних аналептиків і проведення штучної вентиляції легенів з використанням кисневої апаратури при тяжких порушеннях дихання;

лікування токсичного набряку легенів;

боротьба з гострою нирковою недостатністю;

купування вираженого больового синдрому, судом, бронхоспазму, триваючої блювоти, тяжких алергічних реакцій тощо;

застосування нейролептиків, транквілізаторів і седативних засобів при гострих реактивних станах, психомоторному збудженні;

призначення десенсибілізуючих, протисверблячних та седативних засобів при поширених іпритних дерматитах;

комплексні лікувальні заходи при попаданні всередину організму радіоактивних речовин;

використання специфічних засобів при ураженнях очей іпритом та інші заходи.

4.5.6.9. До заходів кваліфікованої терапевтичної допомоги, виконання яких може бути відтерміновано, належать:

повна санітарна обробка тяжкоуражених;

введення симптоматичних лікарських засобів при станах, що не становлять загрози для життя поранених (уражених);

застосування антибіотиків і сульфаніламідів з метою профілактики інфекційних ускладнень при радіаційних і хімічних ураженнях;

гемотрансфузії із замінною метою (при помірній анемізації);

проведення фізіотерапевтичних процедур та інші заходи.

4.5.7. Спеціалізована медична допомога є вищою формою медичної допомоги і надається в спеціалізованих відділеннях (клініках) або спеціалізованих закладах охорони здоров'я лікарями-спеціалістами, які мають спеціальне лікувально-діагностичне обладнання та оснащення. Спеціалізована медична допомога поділяється за профілями спеціальностей на нейрохірургічну, травматологічну, торакоабдомінальну, офтальмологічну, стоматологічну тощо.

4.5.7.1. Спеціалізація медичної допомоги забезпечується закріпленою штатом лікувальних закладів спеціалізацією відділень і клінік та шляхом підсилення військових госпіталів відповідними спеціалізованими групами і реалізується поділом потоку поранених, уражених і хворих на групи:

поранені у голову, шию, хребет (нейрохірургічна, стоматологічна, офтальмологічна та оториноларингологічна медична допомога);

поранені у груди, живіт, таз (торакоабдомінальна та урологічна медична допомога);

поранені з переломами довгих кісток кінцівок і пошкодженнями великих суглобів (травматологічна допомога);

обпечені (комбустіологічна допомога);

легкопоранені та легкохворі;

уражені іонізуючим випромінюванням;

уражені отруйними речовинами;

неврологічні хворі, контужені та особи з психічними розладами;

загальносоматичні хворі;

хворі з шкірними та венеричними захворюваннями;

інфекційні хворі;

хворі на туберкульоз;

жінки з пораненнями та захворюваннями жіночих статевих органів.

4.5.8. Медична реабілітація являє собою комплекс організаційних, лікувальних, медико-психологічних і військово-професійних заходів, що проводяться у відношенні до поранених, уражених і хворих військовослужбовців в амбулаторних або стаціонарних умовах з метою відновлення їх боєздатності та працездатності, профілактики ускладнень і рецидивів та повернення до строю.

4.5.9. Конкретний вид медичної допомоги визначається місцем її надання, підготовкою осіб, які її надають, а також наявністю необхідного медичного обладнання та оснащення.

4.5.10. Обсяг медичної допомоги передбачає проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів, що надаються пораненим і хворим на даному етапі медичної евакуації. Обсяги медичної допомоги на кожному етапі медичної евакуації визначаються відповідними клінічними протоколами та військово-медичними стандартами.

4.5.11. В умовах сучасних бойових дій з урахуванням кількості та стану поранених (уражених), які надходять на етапи медичної евакуації, можуть змінюватися як види, так і обсяги медичної допомоги.

4.5.12. Система лікувально-евакуаційних заходів має передбачати наближення спеціалізованої медичної допомоги до поранених (уражених), скорочення проміжних етапів медичної евакуації (рівнів медичного

забезпечення), евакуацію поранених (уражених) одразу на максимально можливий в умовах конкретної бойової та медико-тактичної обстановки рівень медичного забезпечення (заклад охорони здоров'я).

4.6. Медична евакуація

4.6.1. Медична евакуація передбачає проведення комплексу організаційних, медичних і технічних заходів щодо виносу (вивозу) поранених (уражених) з поля бою та транспортування їх з одночасним медичним супроводом з метою своєчасного і повного надання необхідної медичної допомоги та лікування⁷. На організацію проведення медичної евакуації впливають оперативна, бойова і медико-тактична обстановка, кліматичні та погодні умови, якість облаштування та протяжність шляхів евакуації (посилання в).

4.6.2. Медична евакуація поділяється на передову, тактичну і стратегічну.

4.6.2.1. Передова медична евакуація передбачає винос (вивіз) поранених (уражених) з поля бою та їх транспортування до першого розгорнутого медичного підрозділу чи військово-медичного закладу, розташованих в районі бойових дій. Вона здійснюється переважно броньованими транспортними засобами, санітарними автомобілями або гелікоптерами. Броньовані транспортні засоби для вивозу поранених (уражених) з поля бою за технічними характеристиками та ступенем захисту мають відповідати бойовим транспортним засобам військової частини.

Під час здійснення цього виду медичної евакуації особлива увага має приділятися забезпеченню безпеки медичного та іншого персоналу, який залучається для її проведення.

4.6.2.2. Тактична медична евакуація передбачає евакуацію поранених (уражених) з передових до наступних закладів охорони здоров'я, розташованих поза районом бойових дій у межах оперативної зони. Вона здійснюється після стабілізації стану поранених (уражених) санітарними автомобілями (автобусами) та авіаційним транспортом, а за можливості та необхідності – залізничним або водним транспортом.

4.6.2.3. Стратегічна медична евакуація передбачає подальше транспортування поранених (уражених, хворих) за межі районів бойових дій до тих закладів охорони здоров'я (військових або цивільних), де їм буде надано вичерпну медичну допомогу та проведено лікування до повного одужання. Вона здійснюється наземними і повітряними транспортними засобами. До стратегічної медичної евакуації також належить евакуація поранених, які отримали поранення у міжнародних операціях з підтримання миру

⁷ Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 09.07.2018 № 258 “Про затвердження Керівництва з медичної евакуації у Збройних Силах України”.

і безпеки, до закладів охорони здоров'я в Україні, а також евакуація поранених військовослужбовців для лікування та реабілітації за кордон.

4.6.3. Організація медичної евакуації залежить від величини та структури санітарних втрат, політики госпіталізації, евакуаційної політики та сформованих евакуаційних напрямків. Медична евакуація під час здійснення спеціальних операцій та на морі має свої особливості.

4.6.4. Надійна система медичної евакуації передбачає:

своєчасність – своєчасну доставку поранених (уражених) на відповідні рівні медичного забезпечення (етапи медичної евакуації) з метою надання медичної допомоги у встановлені терміни;

доступність і безперервність – проведення медичної евакуації 24 години на добу, за будь-яких погодних умов, налюбій місцевості, за будь-яких умов оперативної, бойової та медико-тактичної обстановки;

забезпечення медичного спостереження, невідкладної допомоги та догляду за пораненими під час евакуації;

міжвідомчу та багатонаціональну сумісність – застосування єдиних організаційних принципів і клінічних протоколів.

4.6.5. Управління медичною евакуацією здійснюється в єдиній системі управління медичним забезпеченням та управління військами та передбачає відслідковування переміщення поранених у режимі реального часу.

4.6.6. Медична евакуація проводиться з метою:

швидкої доставки поранених (уражених) на етап медичної евакуації, де вони можуть отримати необхідну медичну допомогу та лікування;

своєчасного вивільнення передових етапів медичної евакуації від поранених (уражених);

забезпечення достатньої маневреності медичних підрозділів та військово-медичних закладів.

4.6.7. Успіх медичної евакуації досягається:

заздалегідь виділеною кількістю санітарних та інших транспортних засобів, пристосованих для перевезення поранених (уражених), їх раціональним розподілом та ефективним використанням;

чіткою організацією медичного сортування, в тому числі евакуаційно-транспортного, на етапах медичної евакуації;

створенням постійного резерву санітарно-транспортних засобів за рахунок власних та приданих з метою вирішення термінових завдань щодо евакуації поранених (уражених);

безперервним і стійким управлінням підрозділами, що здійснюють евакуацію, постійною підтримкою зв'язку між ними та етапами медичної евакуації, а також з командуванням інженерних військ і комендантською службою, які забезпечують шляхи медичної евакуації;

поінформованістю начальника медичної служби щодо кількості поранених (уражених), які потребують евакуації, шляхів медичної евакуації, організацією оборони та охорони санітарних транспортних засобів з пораненими.

4.6.8. Евакуація поранених (уражених) здійснюється шляхами підвезення та евакуації, які заздалегідь готуються інженерними військами. Шлях, по якому здійснюється вивезення поранених (уражених) на етапи медичної евакуації, називається шляхом медичної евакуації.

4.6.9. Сукупність шляхів медичної евакуації, розгорнутих на них етапів медичної евакуації та евакуаційно-транспортних засобів, що працюють на них, становить евакуаційний напрямок.

Евакуаційний напрямок створюється, як правило, відповідно до оперативної побудови військ та існуючої системи комунікацій в зоні бойових дій.

4.6.10. Медична евакуація організовується старшим начальником медичної служби і здійснюється підпорядкованими чи приданими йому транспортними засобами, які він направляє до етапу медичної евакуації нижчої ланки медичної служби. Такий порядок евакуації називається “евакуацією на себе”. В окремих випадках можлива евакуація поранених (уражених) своїм транспортом (способом “від себе”).

4.6.11. Передача (перевантаження) поранених (уражених) із одного транспортного засобу на інший, а також розвантаження на етапах медичної евакуації здійснюється без зняття їх з нош. Санітарні транспортні засоби укомплектовуються ношами за рахунок обмінного фонду етапу медичної евакуації, на якому проведено розвантаження поранених (уражених).

4.6.12. Винесення поранених (уражених) з поля бою здійснюється штатними стрільцями-санітарами, бойовими і старшими бойовими медиками та спеціально виділеними для цього командуванням нештатними санітарами-носіями. Вивезення поранених (уражених) з поля бою здійснюється броньованими медичними машинами (при наявності), а також бойовими машинами (у разі необхідності).

4.6.13. Подальша евакуація поранених (уражених) проводиться автомобільним транспортом. Санітарний транспорт в батальйоні зосереджується, як правило, при медичному пункті батальйону або на посту санітарного транспорту.

4.6.14. Евакуація поранених (уражених), починаючи з медичної роти бригади, проводиться згідно з евакуаційним призначенням, черговістю, способами і засобами подальшої їх евакуації та необхідністю в медичному супроводженні.

4.6.15. Вимоги до проведення медичної евакуації:

медична евакуація є складовою частиною лікувально-евакуаційних заходів, оскільки вона передбачає не лише транспортування поранених (уражених) до лікувального закладу, а й надання їм необхідної медичної допомоги в дорозі;

медична евакуація як вид діяльності командування та медичної служби в зоні бойових дій за своєю важливістю поступається лише пріоритету виконання бойових (оперативних) завдань;

медична евакуація здійснюється відповідно до евакуаційної політики, встановленої для даного театру воєнних дій.

4.6.16. Евакуаційна політика визначається директивами або іншими рішеннями командування, що встановлюють контингенти поранених, уражених і хворих, які підлягають евакуації з одного етапу медичної евакуації до іншого залежно від їхнього стану та характеру поранення (ураження, захворювання), і рекомендованих для кожного етапу медичної евакуації термінів лікування, а також організацію евакуації цих контингентів з урахуванням оперативної, бойової і медико-тактичної обстановки, наявності відповідних евакуаційно-транспортних засобів і персоналу медичного супроводу.

4.6.17. Евакуаційну політику встановлює начальник Генерального штабу Збройних Сил України за поданням командувача Медичних сил Збройних Сил України. Вона є ключовою для визначення співвідношення медичних можливостей і засобів медичної евакуації в інтересах забезпечення оптимального лікування поранених (уражених, хворих).

4.6.18. Медична евакуація тісно пов'язана з медичним сортуванням, яке розподіляє поранених (уражених, хворих) на категорії залежно від того, в який лікувальний заклад, яким видом транспорту, в якому положенні та в яку чергу має бути евакуйований поранений чи хворий.

4.6.19. Суміщення шляхів медичної евакуації з шляхами підвозу дозволяє використовувати для евакуації поранених (уражених, хворих) транспорт загального призначення (автомобільний та авіаційний). Застосування транспорту загального призначення для медичної евакуації обумовлюється неможливістю в ряді випадків забезпечити евакуацію усіх поранених (уражених, хворих) лише за рахунок санітарного транспорту. Автомобільний транспорт загального призначення повинен використовуватися переважно для евакуації легкопоранених та легкохворих, а авіаційний – для евакуації тяжкопоранених і тяжкохворих.

4.6.20. Транспорт загального призначення під час його використання для евакуації поранених (уражених, хворих) потребує додаткового обладнання, зокрема, оснащення спеціальними засобами для встановлення нош, облаштування сидінь, настилів, обладнання кузовів автомобілів тентами, засобами захисту від пилу, несприятливих кліматичних факторів.

4.6.21. Для медичного супроводження поранених (уражених, хворих) виділяється медичний персонал. Супроводжуючий медичний персонал спостерігає за станом поранених (уражених, хворих) під час транспортування та, за необхідності, надає їм медичну допомогу.

4.6.22. Інфекційні хворі з медичних підрозділів і військових частин евакуюються санітарними транспортними засобами окремо від поранених та інших хворих.

4.6.23. Водії санітарного автомобільного транспорту повинні знати і володіти навичками перенесення, завантаження та розвантаження поранених (уражених, хворих), надання їм першої медичної (домедичної) допомоги та догляду за ними в процесі транспортування.

4.6.24. Водії автомобілів та супроводжуючий медичний персонал повинні добре знати маршрути (шляхи) евакуації, розташування медичних пунктів і медичних рот, військових мобільних госпіталів, стаціонарних лікувальних закладів.

4.6.25. Для охорони транспортних засобів з пораненими та хворими у разі необхідності розпорядженням відповідних командирів призначається особовий склад від бойових підрозділів.

4.6.26. Аеромедична евакуація (АМЕ) є пріоритетною в сучасній системі лікувально-евакуаційних заходів і важливим елементом забезпечення своєчасності медичної евакуації та надання медичної допомоги. Аеромедична евакуація дозволяє у найкоротші терміни доставити поранених (уражених, хворих) до тих закладів охорони здоров'я, де їм буде надано вичерпну медичну допомогу з наступним лікуванням до одужання як на території України, так і за її межами, а також є важливим чинником забезпечення ефективності системи медичного забезпечення військ.

4.6.26.1. Для аеромедичної евакуації використовуються спеціально виділені для таких цілей належним чином обладнані та сертифіковані літаки і вертольоти, а також військові та цивільні авіаційні транспортні засоби з додатковим оснащенням для проведення медичної евакуації.

4.6.26.2. Перевагами аеромедичної евакуації є відсутність абсолютних медичних протипоказань для її проведення та можливість швидкої доставки поранених (уражених, хворих) до визначених закладів охорони здоров'я, мінаючи окремі (проміжні) етапи медичної евакуації. Вертоліт може здійснити посадку практично на будь-якій рівній площадці, завантаження й вивантаження з нього здійснюється швидко, навіть при працюючих двигунах. В окремих випадках аеромедична евакуація може стати єдиним способом транспортування поранених (уражених), коли використання інших евакуаційно-транспортних засобів неможливе чи недоцільне (в оточенні, на місцевості зі складним рельєфом – гори, море, пустеля тощо) або стан пораненого (ураженого) не дозволяє транспортувати його іншими видами транспорту без загрози для здоров'я і життя.

4.6.26.3. Недоліками аеромедичної евакуації є потреба в наявності відповідної злітно-посадкової смуги та аеродромно-технічного забезпечення, необхідність застосування наземного санітарного транспорту для доставки поранених (уражених, хворих) до вертолітних майданчиків та злітно-посадкових смуг, а також до лікувальних закладів в пункті призначення. У вертольота робота навігаційного обладнання може порушувати роботу медичної апаратури, а шум працюючих двигунів ускладнювати спілкування медичного персоналу.

Можливий також негативний вплив на поранених (уражених) – прискорення під час зльоту літального апарату та вібрації, а у вертольотах і літаках, що не мають належної герметизації кабіни, стан поранених (уражених) може погіршити гіпоксія та розширення об'єму газів у порожнинах тіла. Тому під час відбору поранених (уражених, хворих) для аеромедичної евакуації необхідно у кожному конкретному випадку оцінити можливий негативний вплив зазначених факторів, а також забезпечити належну підготовку поранених.

4.6.26.4. Тимчасовими протипоказаннями для проведення аеромедичної евакуації поранених, уражених і хворих є:

- незупинена зовнішня кровотеча та неспинна внутрішня кровотеча з невстановленого джерела;
- некупований шок;
- тяжка форма серцево-судинної та дихальної недостатності, яка потребує проведення інтенсивної терапії;
- недренований закритий або клапанний пневмоторакс;
- гострі прояви порушень мозкового кровообігу, що супроводжуються клінікою здавлення головного мозку;
- гострий період інфаркту міокарда;
- судомний синдром і психомоторне збудження;
- гіпертонічний криз.

4.6.26.5. Відносними протипоказаннями для проведення аеромедичної евакуації є:

вкрай тяжкий загальний стан поранених (уражених, хворих), що може призвести до смерті під час польоту (за відсутності необхідного обладнання, спеціалізованої реанімаційної бригади з досвідом проведення аеромедичної евакуації);

поранені з іммобілізованими верхньою і нижньою щелепами або поранені (уражені) без свідомості. Такі поранені потребують постійного медичного спостереження під час аеромедичної евакуації і термінового усунення гіпоксії чи задухи у разі їх появи;

інфекційні захворювання. Якщо інфекційне захворювання виявлене під час польоту, необхідно вжити всіх заходів для ізоляції таких хворих і недопущення інфікування екіпажу та інших поранених;

вагітність понад вісім місяців. Аеромедична евакуація такої категорії допускається лише у випадку загрози їх фізичному або психічному здоров'ю, що попередньо встановлено відповідним фахівцем, і може здійснюватися у супроводі акушер-гінеколога з відповідним обладнанням (для забезпечення передчасних пологів).

4.6.26.6. Виділяється передова, тактична та стратегічна аеромедична евакуація.

Передова аеромедична евакуація забезпечує медичну евакуацію поранених з поля бою та транспортування їх до першого розгорнутого етапу медичної евакуації (МП, медр, ВМГ) чи стаціонарного закладу охорони здоров'я, розташованих в районі бойових дій. Вона здійснюється із використанням санітарних або військових вертольотів.

Тактична аеромедична евакуація поранених проводиться після стабілізації їх стану з передових до наступних етапів медичної евакуації (стаціонарного військового або цивільного закладу охорони здоров'я), розташованих поза районом бойових дій у межах оперативної зони, та здійснюється санітарними і транспортними вертольотами, військовими санітарними і транспортними літаками та цивільними літаками.

Стратегічна аеромедична евакуація проводиться в межах країни або за її межами і передбачає подальше транспортування поранених до тих закладів охорони здоров'я (військових або цивільних), де їм буде надано вичерпну медичну допомогу та проведено лікування до повного одужання. Вона також включає евакуацію поранених під час міжнародних операцій з підтримання миру і безпеки до високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я в Україну та транспортування поранених для лікування і реабілітації у високоспеціалізовані заклади охорони здоров'я інших країн за попередніми домовленостями. Для її проведення, зазвичай, використовуються спеціально обладнані військові санітарні літаки.

4.6.27. Медична евакуація поранених (уражених, хворих) залізничним транспортом є складовою стратегічної евакуації, яка застосовується у разі необхідності одночасної евакуації великої кількості поранених на значну відстань, як правило, планово. Вона проводиться із використанням військово-санітарних летючок або спеціально призначених та обладнаних пасажирських

вагонів, які формуються та надаються Міністерством інфраструктури України відповідно до мобілізаційних завдань, що виконуються інтересах Міністерства оборони України⁸.

Військово-санітарні летючки мають функціональні підрозділи для надання медичної допомоги (операційну, перев'язувальну, маніпуляційну тощо), розміщення важкопоранених, окремо для легкопоранених, а також ізолятори, кухню-їдальню тощо.

Перевагами використання залізничного транспорту для медичної евакуації є можливість одночасної евакуації великої кількості поранених на велику відстань; зручність розміщення і комфортні умови транспортування поранених; можливість повноцінного медичного спостереження та догляду за пораненими під час транспортування; швидкість медичної евакуації та можливість транспортування за будь-яких погодних умов.

4.6.28. Медична евакуація водним (морським, річковим) транспортом

Медична евакуація водним (морським, річковим) транспортом здійснюється із використанням санітарного катера, допоміжних суден, кораблів, катерів аварійно-рятувальної служби або інших морських (річкових) транспортних засобів.

Вона проводиться з метою евакуації поранених (уражених, хворих) з корабельних угруповань, що діють у морі, та з військових частин, дислокованих на ізольованих ділянках побережжя. За таких обставин евакуація морським транспортом іноді є єдиним можливим способом евакуації поранених.

Для медичної евакуації поранених з корабельних сил, що діють у морі, використовуються також вертольоти, кораблі на повітряній подушці, кораблі і катери аварійно-рятувальної служби.

4.6.28.1. Відповідальність за правильність і своєчасність визначення необхідності евакуації хворих для подальшого стаціонарного лікування (обстеження) поза кораблем несе флагманський лікар походу або начальник медичної служби корабля. При вирішенні питання про евакуацію заздалегідь проводиться консультація з флагманським лікарем з'єднання кораблів або з головними медичними фахівцями ВМКЦ. Рішення про евакуацію хворого по доповіді командира корабля і флагманського лікаря ухвалює командир з'єднання кораблів.

4.6.28.2. З урахуванням конкретної обстановки в районі плавання і стану поранених (хворих) евакуація здійснюється:

на кораблі, санітарний катер і інші судна забезпечення, де може бути надана кваліфікована медична допомога;

до військових і цивільних лікувальних установ країни;

⁸ Постанова Кабінету Міністрів України від 5 грудня 2018 № 1043-**39 “Про затвердження мобілізаційних завдань (замовлень) на особливий період”.

до лікувальних установ іноземних портів.

4.6.28.3. Евакуація поранених (хворих) до берегових лікувальних установ іноземних портів проводиться у випадках, коли виключені інші її варіанти і всі заходи медичної служби корабля (з'єднання) і лікарів групи підсилення виявилися недостатніми і подальше перебування пораненого/хворого на кораблі недоцільно.

4.6.28.4. Безпосередня відповідальність за організацію передачі поранених (хворих) на транспортний засіб покладається на помічника командира корабля. Медична служба корабля забезпечує підготовку поранених (хворих) до евакуації в наступному обсязі:

- заповнення медичних і перевірка наявності інших документів;
- накладення транспортної іммобілізації (при необхідності);
- перевірка відповідності способу транспортування стану хворого;
- відповідність одягу хворого стану погоди;
- інструктаж супроводжуючого і забезпечення його засобами, необхідними для надання медичної допомоги хворому в дорозі.

4.6.28.5. Евакуація поранених (хворих) з корабля здійснюється морським і повітряним транспортом.

Евакуація морським транспортом проводиться:

- на кораблях, що виконали завдання і повертаються в базу;
- на санітарному катері та судах забезпечення.

Для евакуації повітряним транспортом використовуються корабельна авіація, літаки цивільної авіації і транспортної авіації Повітряних Сил Збройних Сил України.

4.6.28.6. Вид транспортного засобу для евакуації поранених (хворих) визначає командир з'єднання кораблів по доповіді флагманського лікаря.

4.6.28.7. Залежно від конкретних погодних умов і стану поранених (хворих) використовуються наступні способи їх передачі на транспортний засіб:

- самостійний перехід при швартуванні кораблів один до одного або перенесенні на носилках;
- передача поранених (хворих) за допомогою кран-балки;
- доставка поранених (хворих) на транспортний засіб шлюпкою або катером;
- евакуація за допомогою евакуаційно-рятувального контейнера (по воді або канатній дорозі);
- евакуація вертольотом з корабля на транспортний засіб.

4.6.28.8. При задовільному стані поранених (хворих) для передачі на транспортний засіб використовуються катери і шлюпки. При посадці

(висадці) на катер або в шлюпку поранений (хворий) підстраховується рятувальним кінцем, який з одного боку фіксується на поясі рятувального жилета, з іншого – тримається з борту корабля.

4.6.28.9. Передача на транспортний засіб тяжкопоранених (тяжкохворих) і хворих середньої тяжкості проводиться, як правило, при швартуванні кораблів борт до борту. Хворий передається на носилках по трапу або за допомогою кран-балки на альтанці.

4.6.28.10. У випадку якщо швартування кораблів неможливе, між кораблями обладнується канатна дорога і передача пораненого (хворого) проводиться по ній за допомогою евакуаційно-рятувального контейнера або альтанки.

4.6.28.11. Евакуація поранених (хворих) організовується на підставі розпорядження командира з'єднання, в якому указуються місце і час передачі хворого на транспортний засіб (при використанні палубної авіації для передачі хворого на транспортний засіб – спосіб передачі), пункт евакуації.

4.6.28.12. Розпорядження командира з'єднання повідомляється по засобам зв'язку відповідним командирам кораблів.

4.6.28.13. Організація, контроль виконання евакуаційних заходів, облік санітарних втрат покладається на флагманського лікаря.

4.6.28.14. У разі направлення поранених (хворих) до берегових лікувальних установ іноземних портів або аеромедичної евакуації рішення командира з'єднання затверджує начальник штабу Морського командування ВМС ЗС України.

4.6.28.15. Залежно від стану поранених (хворих) для їх супроводу на період евакуації, за погодженням із ВМКЦ, виділяються групи підсилення (лікарсько – сестринські бригади). Рішення про направлення груп підсилення для евакуації поранених (хворих) приймає командир з'єднання по доповіді флагманського лікаря.

4.6.28.16. При евакуації хворих до берегових лікувальних установ іноземних держав в порту українським дипломатичним представникам передаються:

- документ, що засвідчує особу;
- медична книжка.

4.7. Маневр силами та засобами медичної служби

4.7.1. Маневр силами та засобами медичної служби полягає у зміні відповідно до обстановки, що склалася, завдань, характеру, складу та організації роботи медичних підрозділів та військово-медичних закладів. Маневр здійснюється медичними підрозділами та військово-медичними закладами, санітарно-транспортними засобами, особовим складом медичної служби, медичним майном, наметовим фондом. Також маневр проводиться видами та обсягами медичної допомоги на етапах медичної евакуації, потоками поранених (уражених, хворих) тощо.

4.7.2. Виділяють такі види маневру силами та засобами медичної служби: маневр поділом, маневр перекатом, маневр підміною, маневр обсягом, маневр потоками.

4.7.2.1. Маневр поділом полягає у виділенні частини даного медичного підрозділу (військово-медичного закладу) для виконання самостійного завдання. Найчастіше такий маневр здійснюється шляхом виділення мобільного медичного відділення (автоперев'язувальної) або лікарсько-сестринської бригади з медичної роти чи військово-медичного закладу для роботи на окремому напрямку.

4.7.2.2. Розгортання однотипних етапів медичної евакуації по черзі називається маневром перекатом. Для чіткого виконання цього маневру необхідна їх тісна взаємодія. Прикладом такого маневру є розгортання по черзі мобільних медичних відділень медичної роти в ході наступу.

4.7.2.3. Маневр підміною полягає у розгортанні медичного закладу в пункті (районі), де працюють інші медичні підрозділи, військово-медичні заклади, і прийнятті поранених (уражених, хворих), що знаходяться в них. Цей маневр може застосовуватися під час розгортання військового мобільного госпіталю в безпосередній близькості від працюючої медичної роти або розгортання мобільного медичного відділення медичної роти поблизу медичного пункту батальйону.

4.7.2.4. Маневр обсягом медичної допомоги полягає у зміні переліку медичних заходів, що здійснюються на етапах медичної евакуації. Так, у разі надходження до військово-медичного закладу значної кількості поранених (уражених, хворих) обсяг медичної допомоги може бути скорочений до проведення лише першої лікарської допомоги або навіть до надання невідкладних заходів першої лікарської допомоги.

4.7.2.5. Маневр потоками поранених (уражених, хворих) являє собою розподіл поранених між етапами медичної евакуації. Так, у разі виникнення масових санітарних втрат значну частину поранених і хворих може бути направлено на госпітальні етапи медичної евакуації в обхід попередніх етапів медичної евакуації.

4.7.3. Успішне виконання маневру передбачає наявність у начальника медичної служби резерву сил та засобів, призначеного для вирішення раптово виникаючих завдань медичного забезпечення військ у зв'язку із зміною обстановки. У резерві можуть знаходитися медичні підрозділи, військово-медичні заклади, особовий склад, санітарний транспорт, медичне майно, наметовий фонд тощо.

5. ОРГАНІЗАЦІЯ І ПРОВЕДЕННЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНИХ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНИХ ЗАХОДІВ

5.1. Загальні положення

5.1.1. Організація і систематичне проведення комплексу санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів є одним із основних завдань медичного забезпечення військ і має важливе значення для збереження та зміцнення здоров'я особового складу, підтримання стійкого санітарно-епідемічного благополуччя і боєздатності військ.

В основу забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя військ покладено принципи наукової обґрунтованості, цілеспрямованості, своєчасності, послідовності, адекватності та дієвості всіх заходів.

5.1.2. Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи включають:

медичний контроль за станом здоров'я особового складу;

розробку та проведення заходів, спрямованих на підвищення специфічної резистентності до інфекційних захворювань;

санітарний нагляд за розміщенням військ, організацією водопостачання і харчування особового складу, лазне-пральним обслуговуванням та умовами військової праці;

проведення комплексу заходів щодо недопущення занесення інфекційних захворювань у військові колективи, а у разі їх появи – локалізацію та ліквідацію; пропаганду гігієнічних знань та здорового способу життя.

5.1.3. Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи у військах проводяться командуванням усіх рівнів, тиловою, інженерно-технічною, медичною та іншими службами забезпечення. Вони поділяються на первинні і кваліфіковані. Медична служба військових частин організовує та проводить

первинні заходи. Кваліфіковані заходи виконуються санітарно-епідеміологічними закладами Санітарно-епідеміологічного управління Командування Медичних сил ЗС України.

5.1.4. Санітарно-епідеміологічне управління Командування Медичних сил ЗС України здійснює санітарно-епідеміологічний нагляд за всіма сторонами життєдіяльності військ, перевіряє санітарно-епідемічний стан у військах і на території їх розташування (в зоні ведення бойових дій), проводить кваліфіковані санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи з використанням спеціальних методів досліджень, інструментальних вимірів тощо силами санітарно-епідеміологічних закладів, їх пересувних санітарно-епідеміологічних лабораторій (мобільних санітарно-епідеміологічних груп), які працюють у взаємодії з медичною службою військових частин.

5.1.5. Санітарно-епідеміологічні заклади організовують та забезпечують проведення кваліфікованої санітарно-епідеміологічної розвідки, кваліфікованих заходів із виявлення, локалізації та ліквідації епідемічних осередків разом з медичною службою, а також організацію та здійснення інших санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів у військах та на об'єктах тилу, в тому числі лабораторну діагностику якості питної води, харчових продуктів, повноцінності раціонів харчування, мікробіологічні дослідження об'єктів навколишнього середовища, радіологічний контроль харчових продуктів та води. У разі виникнення епідемічних осередків, для локалізації яких потрібна санітарна обробка великої кількості людей та проведення камерної дезінфекції, санітарно-епідеміологічні заклади висувають в епідемічний осередок пересувну дезінфекційно-душову техніку.

5.1.6. Командувачі (командири, начальники), начальники медичних служб (органи управління медичним забезпеченням) військ (сил) сприяють діяльності Санітарно-епідеміологічного управління Командування Медичних сил ЗС України щодо здійснення санітарно-епідеміологічного нагляду за всіма сторонами життєдіяльності військ, перевірки санітарно-епідемічного стану у військах і на території їх розташування (в зоні ведення бойових дій), проведення кваліфікованих санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів із використанням спеціальних методів досліджень, проведенням інструментальних вимірів тощо.

5.2. Організація та проведення санітарно-гігієнічних заходів частин в цілому

5.2.1. Командири військових частин (командувачі військових угруповань), штаби, начальники медичних служб всіх рівнів організовують та проводять первинні санітарно-гігієнічні заходи як заходи медичного контролю.

5.2.2. Первинні санітарно-гігієнічні заходи включають:

медичний контроль за умовами розміщення особового складу, харчування, водопостачання та виконанням військовослужбовцями вимог особистої і колективної гігієни;

медичний контроль за банно-пральним обслуговуванням військ;

медичний контроль за дотриманням гігієнічних вимог під час роботи особового складу з джерелами іонізуючих випромінювань, агресивними рідинами, надвисокочастотними електромагнітними полями та іншими шкідливими факторами;

контроль за виконанням санітарно-гігієнічних заходів командуванням та службами забезпечення (дотримання гігієнічних норм і санітарних правил);

медичний контроль за станом здоров'я та фізичного розвитку військовослужбовців;

аналіз фізичного розвитку, захворюваності, працевтрат, звільняємості за станом здоров'я та інших показників здоров'я військовослужбовців;

розробку заходів прискореної адаптації військовослужбовців до екстремальних умов середовища перебування та корекції її порушень;

гігієнічне виховання особового складу.

5.2.3. Медичний контроль за станом фізичного розвитку та здоров'я особового складу здійснюється шляхом проведення медичних оглядів, які організовуються начальником медичної служби військової частини. На медичних оглядах особлива увага приділяється виявленню хворих та осіб із слабким (недостатнім) фізичним розвитком, а також тих, хто перебуває під ризиком впливу проникаючої радіації, токсичних та агресивних рідин, опроміненням надвисокочастотного поля та інших шкідливих факторів.

5.2.4. Медичний контроль за розміщенням особового складу передбачає:

ведення безперервного спостереження в районах розташування підрозділів військової частини з метою своєчасного виявлення змін умов обстановки, які негативно впливають на санітарне благополуччя (стан) військової частини;

здійснення контролю за своєчасним очищенням території, знезараженням та видаленням (прибиранням) нечистот і відходів;

перевірку виконання санітарно-гігієнічних вимог під час будівництва та утримання інженерних споруд;

розроблення пропозицій та здійснення заходів щодо обмеження і недопущення контактів особового складу військ з місцевим населенням;

5.2.5. Медичний контроль за організацією харчування передбачає:

контроль за якістю та безпечністю продуктів, які надходять на забезпечення особового складу, проведення перевірки відповідності їх кількості та асортименту встановленим нормам;

контроль за виконанням санітарних правил під час перевезення та зберігання харчових продуктів, а також приготування та видачі їжі;

контроль за якістю приготовленої їжі, її повноцінністю та своєчасністю видачі, а також за забезпеченням особового складу вітамінними препаратами; організацію та здійснення медичного спостереження за особами, які обслуговують кухні та продовольчі склади.

5.2.6. Медичний контроль за водопостачанням передбачає:

участь медичної служби, за необхідності, в оцінці санітарного стану району, де проводиться розвідка джерел води підрозділами інженерних військ;

організацію систематичної лабораторної перевірки води з джерел, що використовуються, та в місцях її вживання (використання), а також систематичної перевірки санітарного стану пунктів водопостачання, засобів доставки та зберігання води;

організацію навчання військ найпростішим способам знезараження води, перевірку забезпечення особового складу індивідуальними засобами знезараження, а також контроль за правильністю їх використання;

організацію та проведення регулярного медичного спостереження за станом здоров'я працівників об'єктів водопостачання та інших осіб, які здійснюють видобування, зберігання, транспортування та відпуск води.

5.2.7. Медичний контроль за банно-пральним обслуговуванням передбачає спостереження (контроль) за організацією та регулярністю гігієнічного миття особового складу із заміною натільної білизни і шкарпеток, забезпеченістю особового складу мачулками та миючими засобами (милом, шампунем) для гігієнічних потреб, а також за якістю прання білизни.

5.2.8. Медичний контроль за умовами роботи особового складу з джерелами іонізуючих випромінювань включає:

перевірку дотримання особовим складом режиму роботи з джерелами випромінювання та заходів особистої безпеки відповідно до затверджених інструкцій;

перевірку забезпеченості особового складу, який перебуває у контакті з джерелами випромінювання, індивідуальними засобами захисту та індивідуальними дозиметрами;

вивчення стану здоров'я особового складу, проведення регулярних медичних оглядів, лабораторних досліджень крові в міжбойовий період тощо;

перевірку організації та якості лікувально-профілактичного харчування;

контроль за своєчасним відстороненням від роботи з джерелами випромінювання осіб, які отримали опромінення в дозах, що перевищують гранично допустимі значення, та спостереження за станом їх здоров'я;

виявлення осіб, які працюють з джерелами іонізуючих випромінювань, але не мають необхідної підготовки з надання першої медичної (домедичної) допомоги при ураженнях.

5.2.9. Медичний контроль за умовами роботи особового складу з токсичними та агресивними рідинами (речовинами, компонентами) передбачає:

перевірку дотримання гігієнічних вимог щодо облаштування сховищ, пунктів перекачки, заправлення та транспортування токсичних і агресивних рідин, а також виконання інструкцій під час роботи з ними;

контроль за організацією та якістю лікувально-профілактичного харчування;

регулярні перевірки виконання особовим складом правил особистої гігієни, а також перевірки його забезпеченості спецодягом, засобами захисту, дотримання правил користування ними, їх дегазації, очищення та зберігання;

виявлення осіб, які працюють з токсичними та агресивними рідинами (речовинами, компонентами), але не мають необхідної підготовки з надання першої медичної (домедичної) допомоги при ураженнях ними (випадковому їх вживанні тощо).

5.2.10. Медичний контроль за умовами роботи особового складу з джерелами електромагнітних випромінювань включає:

систематичну перевірку санітарного стану приміщень радіолокаційних та інших станцій з джерелами електромагнітних випромінювань;

перевірку дотримання режиму і тривалості безперервної роботи операторів в зонах дії полів надвисоких частот;

перевірку забезпечення особового складу спеціальним захисним одягом під час роботи в зонах дії полів надвисоких частот високої потужності та екранування джерел надвисоких частот під час ремонту;

вивчення стану здоров'я осіб, які попадають під вплив полів надвисоких частот на робочих місцях і в зоні зовнішнього опромінення.

5.2.11. Санітарно-епідеміологічна експертиза води і харчових продуктів складається з проведення радіометричних вимірів (вимірювань) та лабораторних досліджень з видачею довідок про придатність чи непридатність до вживання запасів води і харчових продуктів, що зазнали радіоактивного, хімічного чи бактеріологічного (біологічного) зараження.

5.2.12. Участь медичної служби у виконанні санітарно-гігієнічних заходів під час очищення поля бою, поховання загиблих в бою та померлих від поранень (уражень, хвороб) передбачає:

забезпечення участі представників медичної служби у виборі місць для поховання загиблих в боях, померлих від поранень (уражень, хвороб) та контролю за дотриманням правил поховання;

організацію, за необхідності, дезінфекційних заходів під час поховання трупів, а також перевірку повноти спалення і правильності закопування небезпечних у санітарному відношенні матеріалів;

встановлення контролю за наявністю в особового складу підрозділів, що прибирають поле бою, спеціального одягу та за організацією його миття після закінчення прибирання.

5.2.13. Заходи прискореної адаптації військовослужбовців проводяться з метою підвищення їх працездатності (боездатності) шляхом тренування. В окремих випадках, за вказівкою старшого медичного начальника, може призначатись фармакологічна корекція адаптації.

5.2.14. Медична служба в цілому та медичні працівники зобов'язані вести серед військовослужбовців пропаганду здорового способу життя, створювати умови для їх гігієнічного навчання та виховання.

5.2.15. Гігієнічне виховання передбачає формування у військовослужбовців свідомого ставлення до збереження та зміцнення фізичного здоров'я, прищеплення навичок дотримання правил особистої і загальної гігієни. Воно проводиться з урахуванням характеру навчально-бойової підготовки військ, санітарного стану військової частини, захворюваності особового складу тощо. Гігієнічне виховання реалізовується шляхом планової роботи з пропаганди гігієнічних знань і здорового способу життя, а також повсякденного спілкування з особовим складом. Форми колективної або індивідуальної виховної роботи обираються залежно від освітнього рівня та психологічного стану військовослужбовців.

5.2.16. За результатами проведення санітарно-гігієнічного обстеження медичною службою визначається санітарно-гігієнічний стан військової частини, який може бути задовільним або незадовільним. Він оцінюється на підставі даних про стан здоров'я та боездатності особового складу, вивчення медико-географічного опису займаної території, врахування метеорологічних умов, даних про радіаційну, хімічну, бактеріологічну та санітарно-епідеміологічну обстановку.

5.2.17. Санітарно-гігієнічний стан військової частини вважається задовільним, якщо:

захворюваність особового складу не впливає на боездатність військ (не перевищує 0,1 – 0,2 % за добу та відсутні гостро контагіозні захворювання);

санітарно-епідемічний стан району розташування військ (бойових дій) благополучний;

бойові дії ведуться на території, не зараженій факторами зброї масового ураження, не забрудненій фекально-побутовими і промисловими стоками та отруйними речовинами;

умови розміщення та водопостачання відповідають встановленим вимогам, а особовий склад забезпечений необхідним одягом та засобами захисту.

5.2.18. Санітарно-гігієнічний стан військової частини вважається незадовільним за наявності однієї з таких умов:

поява серед особового складу гостро контагіозних захворювань або групових неінфекційних захворювань, що впливає на боездатність військ;

отримання більш ніж 30 % особового складу доз зовнішнього радіаційного опромінювання, що впливає на боєздатність військ;

забруднення місцевості отруйними речовинами, біологічними засобами або радіоактивними речовинами (вище 5 Р/г);

ведення бойових дій на території, забрудненій фекально-побутовими чи промисловими стоками, а також небезпечними хімічними речовинами;

відсутності у військах доброякісної питної води та продуктів харчування або зниження забезпечення ними військ більше ніж на 50 % у порівнянні з встановленими нормами.

За умов незадовільного санітарно-гігієнічного стану військової частини начальником медичної служби спільно з начальниками відповідних служб розробляються пропозиції щодо проведення відповідних заходів з метою усунення причин, що можуть призвести до погіршення стану здоров'я особового складу та зниження боєздатності військ.

5.3. Організація та проведення санітарно-гігієнічних заходів на плавскладі ВМС ЗС України

5.3.1. Контроль за ефективністю роботи технічних засобів забезпечення придатності кораблів для мешкання і заходи при її погіршенні

5.3.1.1. Підтримка параметрів придатності кораблів для мешкання в плаванні в межах регламентованих допустимих рівнів (концентрацій) забезпечується системами вентиляції, кондиціонування, регенерації і очищення повітря, рефрижерації, а також засобами тепло- і звукоізоляції та ізоляції від вітру, освітлення і санітарно-побутовим устаткуванням.

5.3.1.2. Контроль за технічним станом і ефективністю роботи засобів, що забезпечують придатність корабля для мешкання, здійснюється фахівцями електромеханічної бойової частини і хімічної служби корабля. Обов'язком начальника медичної служби є проведення поточного санітарного нагляду.

5.3.1.3. В період підготовки корабля до виконання завдань медична служба контролює:

освітленість бойових постів і місць відпочинку, справність і комплектність світильників, наявність запасних освітлювальних елементів;

комплектність, справність і готовність до роботи душових, вмивальних, гальюнів, комор і інших санітарно-технічних об'єктів і пристроїв.

Спільно з фахівцями електромеханічної бойової частини і хімічної служби на контрольних виходах в море перевіряються справність і ефективність систем кондиціонування, регенерації і очищення повітря, робота опріснювальних установок, мінералізаторів і хлораторів води, систем вакуумування, зняття надмірного тиску, рефрижерації, стан бактеріологічного захисту, приладів газового аналізу і радіаційного контролю, робота санітарних

шлюзів і їх устаткування, а також інших технічних засобів забезпечення придатності корабля для мешкання.

5.3.1.4. У період виконання завдань здійснюються:

контрольні виміри параметрів мікроклімату і газового складу повітря на основних бойових постах і в місцях відпочинку не рідше одного разу на добу для оцінки ефективності роботи систем вентиляції, кондиціонування, регенерації і очищення повітря;

контроль за параметрами повітря (температура, вологість і швидкість руху) на виході з розподільників повітря у разі погіршення об'єктивного стану і виникнення у особового складу простудних захворювань;

аналіз результатів вимірів хімічного стану повітря, що проводяться фахівцями хімічної служби і електромеханічної бойової частини відповідно до вимог керівних документів, що діють;

контроль за усуненням недоліків в роботі технічних засобів забезпечення придатності корабля для мешкання.

5.3.2 Гігієна водопостачання кораблів ВМС ЗС України

5.3.2.1. Основні завдання санітарно-гігієнічного контролю за водопостачанням корабля:

контроль за санітарним станом об'єктів водопостачання;

спостереження за забезпеченням особового складу доброякісною водою в достатній кількості;

медичне обстеження осіб, що працюють на об'єктах водопостачання.

5.3.2.2. Перевірка санітарного стану цистерн, призначених для зберігання прісної води, проводиться в період ремонту корабля і при погіршенні якості води. При виявленні незадовільного стану покриття проводиться його відновлення або заміна новим до виходу в плавання.

5.3.2.3. При необхідності цистерни дезінфікуються протягом 0,5–1 год. водою, що містить 50–100 мг/л активного хлору або інші діючі речовини. Після цього вони неодноразово промиваються і заповнюються чистою водою, проби якої доставляються на бактеріологічний і хімічний аналізи.

5.3.2.4. Доброякісність прісної води забезпечується також дотриманням гігієнічних вимог в період прийому її на корабель і проведенням заходів щодо попередження забруднення систем корабельного водопостачання.

5.3.2.5. Шланги для прийому питної води повинні міститися в чистоті, мати пояснювальний напис “Для пиття”, а кінцеві їх частини забарвлюватися в білий колір і зберігатися в чохлі. Перед прийомом перевіряють чистоту шлангів і промивають їх водою, що приймається, не менше 3 хв. (при прийомі з танкера – не менше 1 хв.).

5.3.2.6. При знаходженні корабля в базі після прийому води відбираються проби для фізико-хімічного і бактеріологічного аналізу (по 0,5 л) з кожної цистерни.

5.3.2.7. У випадку, якщо вода за наслідками бактеріологічних аналізів виявиться непридатною для питних цілей, цистерни промиваються, дезінфікуються і заповнюються водою з подальшим повторним відбором проб для лабораторного аналізу.

5.3.2.8. При отриманні води в іноземному порту на неї видається фірмою сертифікат, проводиться її знезараження і після цього вирішується її використання.

5.3.2.9. При прийомі води в морі в першу чергу повинні бути отримані дані про її доброякісність, що містяться в санітарному паспорті або передані по радіо. Потім оцінюється якість води за органолептичними показниками (колір, прозорість, запах, смак і присмак).

5.3.2.10. Хлорування зараз залишається основним способом знезараження води в цистернах надводного корабля. Воно проводиться за допомогою штатної хлораторної установки відповідно до інструкції з її експлуатації, а за відсутності установки – вручну. Для цього готується 1–10% розчин препарату, що містить хлор, необхідна кількість якого визначається по **таблиці**. Розчин заливається в цистерни. Вода в них перемішується.

Хлорування проводиться нормальними і підвищеними дозами (перехлорування).

Для знезараження води нормальними дозами хлору досліджується її хлорпотреба і розраховується доза хлору на весь об'єм води. Після одногодинного контакту хлору з водою визначається вміст хлору, який повинен бути не менше 0,8/1,2 мг/л. При концентрації у воді активного хлору нижче 0,8 мг/л проводиться додаткове хлорування дозами активного хлору 5 мг/л. При видачі споживачам вода дехлорується на вугільному фільтрі-дехлораторі або нейтралізується гіпосульфідом натрію з розрахунку 3,5 мг сухої речовини на 1 мг залишкового хлору до концентрації його не вище 0,5 мг/л.

При знезараженні перекисом водню до 1 т води додають 333 мл 33% розчину перекису водню, і все перемішується не менше 2-ох год.

Таблиця 1

Кількість препарату, що містить хлор, в грамах, необхідна для хлорування води в цистернах

Місткість цистерни, тон	Вміст активного хлору в препараті, %							
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–59	60 і більше
1	25	20	18	15	12	11	10	8
2	50	40	35	30	25	22	20	16
3	75	60	52	45	37	33	30	25
4	100	80	70	60	50	45	40	33
5	125	100	90	75	63	56	50	41
6	150	120	105	90	75	68	60	50
7	175	140	125	105	88	80	70	58
8	200	160	140	120	100	90	80	66
9	225	180	160	135	112	100	90	75
10	250	200	180	150	125	112	100	80
20	500	400	350	300	250	225	200	165
30	750	600	525	450	375	337	300	245
40	1000	800	700	600	500	450	400	330
50	1250	1000	880	750	625	563	500	410

5.3.2.11. Дезінфекція цистерн, шлангів і трубопроводів полягає в заповненні їх на 1 год. водою, що містить 50–100 мг/л активного хлору, з подальшим промиванням чистою водою.

5.3.2.12. Для опріснення використовується чиста вода відкритого моря, відбір якої здійснюється не ближче 25 миль від берега на ходу корабля. Опріснена вода (дистилят) використовується для пиття і приготування їжі лише після її кондиціювання, що включає мінералізацію, знезараження і дезодорацію.

Мінералізація здійснюється в спеціальних установках розчиненням в дистиляті солей. Мінімальним рівнем солевмісту є 100 мг/л, оптимальним – 200–500 мг/л. Використовуються набори солей, дозволені органами санітарного нагляду.

Опріснена вода знезаражується за загальними правилами. Дезодорація води досягається пропусканням води через фільтр з активованим вугіллям.

5.3.2.13. Лабораторний контроль за якістю води в цистернах повинен проводитися при знаходженні в базі не рідше одного разу на місяць і за 15 діб до походу.

Проби для лабораторного дослідження забираються:
з цистерн питної води і води для миття;

з кранів на камбузі, в умивальниках, з самоварів;
з кранів в медичних приміщеннях.

Позачергові дослідження проводяться:

при погіршенні якості води;

після ремонту системи водопостачання;

при захворюваннях особового складу корабля кишковими інфекціями, харчовими токсикоінфекціями.

5.3.2.14. Прісна вода на кораблі подається споживачам не рідше 4-ох разів на добу (перед прийомом їжі), а на камбуз, в буфети офіцерського складу і мічманів, в медичний блок – постійно або за запитом.

5.3.2.15. Мінімальна витрата прісної води на одну людину на добу в звичайних умовах: для пиття, приготування їжі і обробки харчових продуктів – 10 л, для миття посуду, умивання, миття і прання білизни – не менше 30 л.

5.3.2.16. Для пиття, приготування їжі, миття посуду і продуктів, що не піддаються тепловій обробці, застосовується тільки прісна вода.

5.3.2.17. При нестачі прісної води для миття тіла, прання білизни і інших потреб можна використовувати чисту забортну воду. Прісна вода витрачається для завершення процесу миття.

5.3.2.18. Фактичне водоспоживання контролює лікар корабля, вивчаючи щодобову витрату прісної води, що враховується фахівцями електромеханічної бойової частини.

5.3.2.19. Особи, що обслуговують систему водопостачання (трюмні і ін.), зобов'язані проходити періодичні медичні огляди.

5.3.3. Гігієна харчування на кораблях ВМС ЗС України

5.3.3.1. Основні завдання медичної служби корабля по санітарному нагляду за харчуванням:

контроль за забезпеченням особового складу повноцінним і раціональним харчуванням;

попередження харчових отруєнь і інфекційних захворювань, виникненню і розповсюдженню яких сприяють недоліки в організації харчування.

5.3.3.2. Медична служба корабля бере участь в плануванні харчування екіпажу і здійснює повсякденний контроль за повнотою доведення до особового складу належних йому по нормах продуктів харчування, а також за технологією приготування їжі.

5.3.3.3. Безпосередньо перед прийомом на борт корабля продовольства медична служба контролює санітарний стан приміщень, призначених для зберігання продуктів, і справність системи рефрижерації.

Під час завантаження продовольства на корабель медична служба контролює дотримання відповідних санітарних правил. Особовий склад, виділений для завантаження, одягається в чистий робочий одяг, забезпечується чистими мішками для перенесення м'яса, риби і інших не упакованих продуктів.

5.3.3.4. Швидкопсувні продукти харчування розміщуються в провізійних приміщеннях корабля відповідно до умов їх зберігання. При вимушених відхиленнях від приведених в таблиці режимів температури і вологості терміни зберігання скорочуються. Продукти харчування, що не вимагають охолодження, при зберіганні розміщують в провізійних або пристосованих приміщеннях, де температура повітря не повинна перевищувати 25°C, при відносній вологості не вище 70% із забезпеченням достатньої вентиляції.

5.3.3.5. У випадку якщо запаси продовольства значно перевищують місткість провізійних приміщень, допускається розміщувати для тимчасового зберігання свіжі овочі і картоплю на надводних кораблях в надбудові (за умови захисту їх від прямих сонячних променів, морської води і при забезпеченні природної вентиляції), на підводних човнах — у кінцевих відсіках.

5.3.3.6. При плануванні харчування екіпажа в поході необхідно враховувати очікувані гідрометеорологічні умови в районах плавання і особливості кліматичних зон, в яких буде знаходитись корабель. З цією метою стандартний набір продуктів харчування, передбачений продовольчим пайком, може бути змінений на основі існуючих норм заміни одних продуктів іншими.

5.3.3.7. На надводних кораблях на існуючі вимоги запаси свіжих продуктів на період походу повинні складати не менше половини потреби.

5.3.3.8. Контроль за готовою їжею на кораблях включає оцінку її за органолептичними показниками (зовнішній вид, колір, запах, консистенція, смак) безпосередньо на камбузі перед кожною роздачею їжі і перевірку виходу готових блюд.

5.3.3.9. Основними об'єктами контролю медичної служби корабля по попередженню харчових отруєнь і гострих кишкових інфекцій є:

особовий склад служби постачання (продхарчоблоку);

продукти харчування (під час надходження їх на корабель, розміщенні, тимчасовому зберіганні, доставці на камбуз з місць зберігання, кулінарній обробці і реалізації у виді готової їжі);

корабельні приміщення продовольчо-харчового призначення (з відповідним технологічним устаткуванням, оснащенням і інвентарем).

Контроль здійснюється відповідно до керівних документів, що діють, по санітарному нагляду за об'єктами продовольчої служби з використанням спеціальних інструментальних і лабораторних методів.

5.3.3.10. Медичною службою корабля під час надходження продуктів перевіряється вся документація, проводиться органолептичне дослідження швидкопсувних продуктів і дається дозвіл на завантаження.

5.3.3.11. Корабельні приміщення, призначені для зберігання продовольства, завчасно ретельно миються гарячою водою (щіткою і дрантям), зрошуються дезінфікуючими засобами і осушуються. У рефрижераторних камерах, крім того, перед завантаженням продовольства температура повітря встановлюється на 2–3°C нижче робочої. У період плавання якість продуктів і умови їх зберігання систематично перевіряються медичною службою корабля. Продукти з ознаками недоброякісності ізолюються від основної маси продовольства, і забороняється їх використання для приготування їжі. Порядок і способи їх реалізації (тимчасове зберігання, передача на інший корабель, знищення або переробка) визначає начальник продовольчої служби корабля або відповідальна посадова особа з подальшим затвердженням командиром корабля. У разі переробки продукти харчування використовуються особовим складом тільки з дозволу начальника медичної служби, який керується результатами їх повторного органолептичного дослідження.

5.3.3.12. Перед походом медичною службою корабля організовується бактеріологічне обстеження працівників харчування, а в період плавання вони щонеділі піддаються медичним оглядам із записом результатів в особисті санітарні книжки. Крім того, щодня оглядається камбузний наряд.

5.3.4. Особиста і суспільна гігієна на кораблі

5.3.4.1. Основною умовою дотримання правил особистої гігієни на кораблі є забезпечення особового складу достатньою кількістю доброякісної води. При подачі води до місць використання повинна враховуватися необхідність:

умивання з чисткою зубів двічі на день (вранці і увечері на надводному кораблі, перед сном і після сну – на підводних човнах);

обтирання тіла до поясу і миття ніг;

миття рук перед кожним прийомом їжі;

миття в лазні (душі) всього особового складу не рідше одного разу на 7 днів із зміною натільної і постільної білизни, миття окремих груп корабельних фахівців після кожної вахти і ремонтних робіт.

5.3.4.2. Медична служба корабля контролює:
санітарний стан лазнево-пральних об'єктів;
регулярність миття особового складу, зміни натільної і постільної білизни, забезпеченість банними рушниками, милом і мочалками;
якість прання білизни, хімічної чистки обмундирування і спецодягу;
умови праці осіб, які працюють в корабельних лазнях і пральнях.

5.3.4.3. При знаходженні корабля в морі у разі нестачі прісної води, у виняткових випадках за вказівкою командира корабля використовується для побутових потреб (зокрема для особистої гігієни, миття столового і камбузного посуду) чистої заборотної води. Відбір її проводиться не ближче 25 миль від берега. В період прийому випуск стічних вод з корабля припиняється. При стоянках в базах, портах і гаванях використовувати забортну воду для вказаних цілей забороняється.

5.3.4.4. Безпечне використання води для миття (заборотної) для особистої гігієни і миття столового і камбузного посуду досягається при її підігріванні до 77°C і вище. Холодна вода, що використовується для цих цілей за бактеріологічними показниками повинна відповідати стандарту на питну воду.

Солі морської води можуть подразнювати шкірні покриви, особливо в зовнішньому слуховому проході, що нерідко приводить до розвитку гнійничкових захворювань. Тому рекомендується після миття морською водою обполіскувати тіло прісною водою і ретельно осушувати зовнішній слуховий прохід.

5.3.4.5. Правила суспільної гігієни на кораблі передбачають підтримку чистоти в житлових і службових приміщеннях та місцях загального користування, вентилявання приміщень корабля за спеціальним розкладом з одночасним очищенням повітря від шкідливих речовин, а також здійснення заходів щодо попередження забруднень акваторій моря і океанів.

5.3.4.6. Загальний контроль за дотриманням на кораблі правил суспільної гігієни покладається на старшого помічника (помічника) командира корабля, відповідальність за стан приміщень і виконання членами екіпажа правил особистої гігієни несуть безпосередні начальники. Медична служба корабля здійснює санітарний нагляд за розміщенням, лазнево-пральним забезпеченням, умовами для особистої гігієни і санітарним станом корабля. Вказівки начальника медичної служби корабля з цих питань є обов'язковими для всього особового складу.

5.3.4.7. Підтримка корабля в належному санітарному стані досягається великими і малими прибираннями. Керівництво прибираннями здійснює помічник командира корабля. Начальник медичної служби контролює їх якість,

звертаючи особливу увагу на санітарний стан продхарчоблоку, систем водопостачання і приміщень загального користування.

5.3.4.8. При проведенні санітарного нагляду за станом повітряного середовища в корабельних приміщеннях начальник медичної служби керується діючими для даного типу корабля гранично допустимими концентраціями шкідливих речовин в повітрі і гігієнічними нормами мікроклімату. Ці ж оцінні критерії застосовуються при санітарно-гігієнічному контролі за роботою санітарно-технічних систем, що забезпечують придатність корабля для мешкання (вентиляція, кондиціювання, регенерація і очищення повітря).

Медична служба бере участь в складанні розкладу роботи вентиляції спільно з командиром електромеханічної бойової частини. Особовому складу забороняється включати і вимикати вентиляцію, якщо це не входить в його обов'язки.

5.3.4.9. У приміщеннях, призначених для сумісного мешкання, заборонено:

- лягати на ліжка у верхньому одязі і взутті;
- палити, чистити обмундирування і взуття;
- прати, сушити речі і білизну (дозволяється сушити тільки на спеціальних білизняних лесрах або в сушарках);
- накопичувати брудний одяг або білизну.

5.4. Організація та проведення протиепідемічних заходів

5.4.1. Протиепідемічні заходи спрямовані на запобігання занесенню інфекційних захворювань у війська, їх локалізацію та ліквідацію.

Це досягається шляхом проведення медичною службою комплексу заходів щодо нейтралізації джерел інфекції, розриву механізму передачі збудника інфекції та створення несприйнятливості організму до інфекційних захворювань.

Вони включають:

- організацію та проведення медичної розвідки, спостереження за санітарно-епідемічним станом району розташування і діяльності військ;
- раннє активне виявлення інфекційних хворих, їх ізоляцію у медичному пункті та евакуацію в інфекційне відділення стаціонару;
- запобігання поширенню інфекції під час евакуації інфекційних хворих;
- епідеміологічне обстеження кожного випадку інфекційного захворювання для визначення джерел інфекції та шляхів її розповсюдження;
- виявлення осіб, контактних з інфекційними хворими і зараженими предметами, та проведення серед них протиепідемічних заходів залежно від інфекції (режимно-обмежувальні заходи, вакцинація, хіміопротекція тощо);
- виявлення та облік бактеріоносіїв і хворих хронічними формами інфекційних захворювань, направлення їх на лікування;
- проведення дезінфекції, дезінсекції, дератизації в епідемічних осередках;

проведення профілактичної імунізації особового складу та екстреної профілактики інфекційних захворювань;

медичний контроль за станом здоров'я осіб, які перехворіли на інфекційні захворювання, та осіб, які повертаються з відпусток і відряджень, молодого поповнення, яке прибуває до військових частин.

5.4.2. Залежно від обстановки військово-медична служба може брати участь в організації та проведенні протиепідемічних заходів серед цивільного населення в районі розташування військ, а в разі необхідності – здійснювати їх серед військовополонених.

5.4.3. Для ізоляції інфекційних хворих або підозрюваних на інфекційне захворювання в складі кожного медичного підрозділу (медичного пункту батальйону, полку, медичної роти бригади) та військового госпіталю розгортаються ізолятори не менш ніж на дві інфекції.

5.4.4. Інфекційні хворі або особи із захворюваннями, підозрюваними на інфекційні, евакуюються з ізолятора медичного пункту на спеціально виділеному для цього санітарному транспорті безпосередньо в ізолятор медичної роти або інфекційне відділення військового госпіталю (ВМКЦ регіону).

5.4.5. Для супроводу інфекційних хворих виділяються санітари (санітарні інструктори, фельдшери) із засобами надання першої медичної допомоги хворим і дезінфекції їх виділень.

5.4.6. Сумісна евакуація одним транспортним засобом хворих з різними гострозаразними захворюваннями, а також інфекційних хворих з іншими соматичними хворими і пораненими забороняється.

5.4.7. Евакуація поранених (уражених, хворих) з осередків ураження інфекціями високої контагіозності (біологічними засобами) здійснюється на спеціально виділеному транспорті визначеними для цього шляхами евакуації до медичних пунктів, медичних рот і спеціально виділених для цього госпіталів.

5.4.8. У разі значного поширення інфекційних захворювань серед особового складу військ або виникнення окремих випадків захворювань особливо небезпечними інфекціями для ізоляції та лікування інфекційних хворих, організації карантинних заходів за розпорядженням Командувача медичних сил Збройних Сил України в район епідемічного осередку може бути направлений підсилений необхідними фахівцями військовий мобільний госпіталь та підрозділи визначеного санітарно-епідеміологічного закладу.

5.4.9. Для запобігання інфекційним захворюванням особовому складу військ проводиться імунізація (специфічна профілактика).

5.4.10. Імунізація проти інфекційних захворювань проводиться в плановому порядку та за епідемічними показами, а також у разі загрози застосування противником біологічної зброї.

5.4.11. Планова імунізація проводиться в терміни, визначені Міністерством охорони здоров'я України⁹.

5.4.12. Терміни та порядок імунізації за епідемічними показаннями або у разі загрози (в передбаченні) застосування противником біологічної зброї встановлюються командуванням Збройних Сил України.

5.4.11. Командири військових частин та підрозділів відповідають за те, щоб особовий склад отримав необхідні щеплення, а також контролюють наявність відповідних відміток щодо проведення щеплень. Загальний контроль за проведенням щеплень, а також профілактикою ускладнень покладається на фахівців служби превентивної медицини.

5.4.12. Військовослужбовцям під час прийняття на військову службу проводяться щеплення згідно з календарем щеплень, рекомендованим Міністерством охорони здоров'я України. Відмітки про щеплення вносяться до військових квитків і засвідчуються печаткою військової частини, а до медичних книжок додатково вносяться відмітки про звільнення від щеплень.

5.4.13. Військовослужбовцям, які направляються до участі в миротворчих місіях за межами України, проводяться щеплення за показаннями (наказ Міністра оборони України від 06.08.2014 № 508 “Про затвердження Положення про організацію медичного забезпечення військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі у міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки”). За результатами проведення щеплень кожному військовослужбовцю видаються відповідні свідоцтва (Міжнародне свідоцтво про вакцинацію або ревакцинацію проти жовтої гарячки та Свідоцтво про вакцинацію), які засвідчуються печаткою міжнародного зразка тимчасового пункту щеплення.

5.4.14. Щеплення проводяться в медичних підрозділах військових частин або у військово-медичних закладах. Для здійснення вакцинації можуть бути задіяні лише ті медичні працівники (лікар, фельдшер, медична сестра), які пройшли спеціальну щорічну підготовку та володіють правилами організації і технікою проведення щеплень, а також навичками надання невідкладної допомоги в разі розвитку післявакцинальних реакцій (ускладнень). Медичний персонал, який не пройшов спеціальної підготовки, до проведення щеплень не допускається. Проведення вакцинації у медичному підрозділі військової

⁹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.09.2011 № 595 “Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів” (із змінами та доповненнями)

частини координується старшим медичним начальником або керівником лікувального закладу, в зоні відповідальності якого перебуває військова частина, та санітарно-епідеміологічним закладом регіону відповідальності.

5.4.15. Медичний контроль за поповненням, яке прибуває до військової частини, та особами, які повертаються з відряджень, лікувальних закладів і відпусток, має на меті не допустити занесення у війська збудників інфекційних захворювань.

Він включає:

медичні огляди з метою своєчасного виявлення серед цих категорій осіб інфекційних хворих та осіб з підозрою на інфекційні захворювання;

виявлення осіб, які перехворіли інфекційними захворюваннями та можуть бути джерелом зараження, організація їх обліку;

контроль якості санітарної обробки прибулих;

виявлення неімунізованих осіб та організація їх імунізації;

медичне спостереження за поповненням протягом перших двох тижнів.

5.4.16. Характер і обсяг протиепідемічних заходів визначається санітарно-гігієнічним та санітарно-епідемічним станом військ і району їх дислокації, а також бойовою обстановкою.

5.4.17. Санітарно-епідемічний стан у військах може бути благополучний, нестійкий, неблагополучний та надзвичайний.

5.4.18. Благополучними в санітарно-епідемічному відношенні вважаються:

військова частина – за відсутності в ній інфекційних захворювань (за винятком спорадичних випадків звичайних інфекційних хвороб), умов для їх занесення (благополучна санітарно-епідемічна ситуація в районі дислокації) і поширення серед особового складу (задовільний санітарний стан і повноцінне проведення всього комплексу санітарних і протиепідемічних заходів); за можливості – наявність даних, які засвідчують відсутність застосування противником біологічної зброї (біологічних засобів) по районах дислокації (бойових дій) сусідніх військових частин;

район – якщо серед місцевого населення чи особового складу сусідніх військових частин немає інфекційних захворювань, за винятком спорадичних; епізоотична обстановка не становить безпосередньої небезпеки для особового складу, відсутні умови для широкого поширення інфекційних захворювань (задовільний санітарний стан території, об'єктів водопостачання, комунальна упорядкованість, повноцінне проведення комплексу санітарних і протиепідемічних заходів); якщо є дані, які свідчать, що противник не застосовував у цьому районі біологічної зброї (біологічних засобів).

5.4.19. Благополучний стан військ і районів їх дислокації у жодному разі не може бути підставою для звуження чи послаблення планових протиепідемічних заходів, зокрема проведення санітарно-епідеміологічної розвідки, активного виявлення серед особового складу осіб з підозрою на наявність інфекційного захворювання, бактеріоносіїв тощо.

5.4.20. Нестійкими в санітарно-епідемічному відношенні вважаються:

військова частина – у разі наявності однієї з таких умов: виникнення окремих інфекційних захворювань, що раніше не реєструвалися, або незначного підвищення наявної спорадичної захворюваності на окремі інфекції; поява групових інфекційних захворювань без тенденції до поширення за умов задовільного санітарно-гігієнічного стану військової частини; перебування особового складу військ в районах з нестійким або неблагополучним санітарно-епідемічним станом; незадовільний санітарно-гігієнічний стан військової частини;

район – якщо серед місцевого населення чи особового складу сусідніх військових частин не реєструються інфекційні захворювання, крім спорадичних випадків, але в районі існують умови для поширення інфекційних захворювань (незадовільний санітарно-гігієнічний стан території, водопостачання, мають місце комунальна необлаштованість та низька якість проведення протиепідемічних заходів); якщо відмічається незначне підвищення звичайного рівня інфекційної захворюваності чи реєструються окремі групові захворювання без тенденції до подальшого поширення (при задовільному санітарно-гігієнічному стані території, водопостачання, комунальній облаштованості та повноцінному проведенні комплексу протиепідемічних заходів); за наявності епізоотичних осередків зоонозних інфекцій, які становлять загрозу для особового складу військової частини, що дислокується на даній території.

5.4.21. Про нестійкий санітарно-епідемічний стан військової частини або району відповідний начальник медичної служби доповідає командуванню та подає пропозиції щодо проведення необхідних протиепідемічних заходів, а також доповідає про це старшому начальнику медичної служби та начальнику санітарно-епідемічного закладу, на території обслуговування якого перебуває військова частина, а також інформує начальників медичних служб сусідніх військових частин.

5.4.22. Якщо благополучні в санітарно-епідеміологічному відношенні війська розташовуються в районах, нестійких у цьому відношенні, серед особового складу проводяться додаткові протиепідемічні заходи (повторна імунізація, обмеження контактів військовослужбовців з місцевим населенням, організація та проведення заходів щодо поліпшення санітарно-епідемічного стану району, які здійснюються разом з місцевими органами охорони здоров'я).

5.4.23. З метою запобігання занесенню у війська інфекційних захворювань начальник медичної служби військової частини сумісно з фахівцями санітарно-епідеміологічного закладу організовують взаємодію з органами охорони здоров'я даного населеного пункту (району) на випадок локалізації та ліквідації епідемії серед місцевого населення, про що доповідають старшому начальнику медичної служби та начальнику санітарно-епідеміологічного закладу регіону відповідальності.

5.4.24. При нестійкому санітарно-епідемічному стані військ начальник медичної служби військової частини зобов'язаний:

- переглянути та уточнити план протиепідемічних заходів;
- забезпечити заплановані заходи відповідними матеріальними засобами;
- збільшити кількість місць в ізоляторах і виділити додатковий транспорт для перевезення можливих інфекційних хворих.

5.4.25. Неблагополучними у санітарно-епідемічному відношенні вважаються:

військова частина – у разі появи серед особового складу групових випадків інфекційних захворювань та наявності умов для їх подальшого поширення (незадовільний санітарний стан військ і низька якість проведених протиепідемічних заходів); у разі виявлення поодиноких захворювань особливо небезпечними інфекціями; якщо військова частина опинилася під впливом дії біологічних засобів. В останньому випадку санітарно-епідемічний стан військової частини вважається неблагополучним як до, так і після встановлення застосованого збудника, за винятком випадків, коли встановлено збудника чуми, холери, натуральної віспи та інших висококонтагіозних інфекцій (що є ознакою надзвичайного стану);

район – з появою групових випадків інфекційних захворювань серед цивільного населення чи особового складу сусідніх військових частин і за наявності умов для їх подальшого поширення (незадовільний санітарний стан території, водопостачання, комунальна необлаштованість, низька якість проведення протиепідемічних заходів); у разі виникнення в районі поодиноких захворювань особливо небезпечними інфекціями.

5.4.26. Неблагополучний санітарно-епідемічний стан військової частини чи району та план протиепідемічних заходів оголошуються наказом командувача оперативного командування (виду Збройних Сил України), а безпосереднє керівництво всіма протиепідемічними заходами покладається на начальника медичної служби оперативного командування (виду Збройних Сил України). Контроль та надання допомоги з організації проведення

протиепідемічних заходів покладається на начальника санітарно-епідеміологічного управління регіону відповідальності.

5.4.27. У разі виникнення в районі дій військ інфекційних захворювань та загрози розповсюдження їх серед військ командири після доповіді начальника медичної служби проводять заходи щодо локалізації епідемічних осередків. На неблагополучні в санітарно-епідемічному відношенні населені пункти командувач оперативного командування (командувач виду Збройних Сил України) за поданням начальника санітарно-епідеміологічного закладу регіону відповідальності, за необхідності, може накласти карантин.

5.4.28. Надзвичайним є санітарно-епідемічний стан:

військової частини – у разі значного зростання за короткий термін кількості випадків інфекційних захворювань серед особового складу, що робить неможливим бойове застосування цієї військової частини; у разі повторних захворювань особливо небезпечними інфекціями; якщо під час ураження військової частини біологічними засобами встановлені збудники особливо небезпечних інфекцій;

району – у разі наявності серед населення або особового складу сусідніх військових частин групових випадків захворювань особливо небезпечними інфекціями; якщо серед місцевого населення широко розповсюджені епідемії гострозаразних захворювань; якщо військова частина опинилась під впливом дії біологічних засобів, до складу яких входять збудники особливо небезпечних інфекцій.

5.4.29. Надзвичайний санітарно-епідемічний стан військової частини оголошується наказом командувача Командування морської піхоти, Морського командування, командувача Військово-Морських Сил Збройних Сил України. Військова частина відводиться в спеціальні райони ізоляції, куди для проведення протиепідемічних заходів за розпорядженням Командувача медичних сил Збройних Сил України направляються необхідні сили і засоби медичної служби. Ізольовані військові частини розосереджуються окремими підрозділами та групами; контакт між ними забороняється. Для спостереження за кожним військовим підрозділом або групою військовослужбовців призначається необхідний медичний персонал.

6. МЕДИЧНИЙ ЗАХИСТ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ВІЙСЬК

6.1. Загальні положення

6.1.1. Медичний захист військ – це підтримання високого рівня боєготовності військ шляхом збереження здоров'я особового складу та його боєздатності. До заходів і засобів медичного захисту належать такі, що запобігають впливу систем ураження противника та дії негативних чинників навколишнього середовища. Медичний захист проводиться комплексно та є складовою загальної системи захисту військ. Заходи медичного захисту проводяться повсякденно, за будь-яких умов функціонування військ.

6.1.2. Заходи медичної служби щодо захисту військ від радіаційного, хімічного, біологічного зараження є, з одного боку, складовою частиною загального комплексу захисту військ, а з іншого – частиною медичного забезпечення, яке проводиться з метою запобігання або максимального послаблення дії радіаційного, хімічного, біологічного зараження на особовий склад, збереження та відновлення його боєздатності.

6.1.3. Важливе місце в запобіганні ураженню особового складу радіаційними та отруйними речовинами належить спеціальній та санітарній обробці.

6.1.4. Спеціальна обробка спрямована на попередження або ослаблення уражаючої дії отруйних речовин, іонізуючого випромінювання та бактеріальних засобів. Вона включає дегазацію, дезактивацію і дезінфекцію техніки, озброєння, майна, води та продовольства, а також санітарну обробку особового складу, поранених, уражених і хворих.

Спеціальна обробка залежно від умов обстановки, характеру зараження та наявності засобів проводиться в два етапи: спочатку часткова, потім повна.

Часткова спеціальна обробка спрямована на запобігання ураженню особового складу при потраплянні на шкіру отруйних та радіоактивних речовин, зменшення вірогідності повторних уражень у результаті контакту з зараженими об'єктами. Вона повинна забезпечити особовому складу можливість дій без засобів захисту шкіри.

Повна спеціальна обробка повинна, крім того, забезпечити можливість дій особового складу без протигазів, а також не допустити погіршення стану уражених внаслідок десорбції отруйних речовин зі шкіри, білизни та обмундирування.

6.1.5. Санітарна обробка спрямована на видалення та знешкодження радіаційних, хімічних і біологічних речовин зі шкіри, обмундирування та протигазів особового складу, поранених, уражених і хворих. Санітарна обробка може бути частковою та повною.

Часткова санітарна обробка проводиться особовим складом військових частин без припинення виконання своїх функціональних обов'язків, у вогнищі – пораненими (ураженими) в порядку само- і взаємодопомоги, за допомогою індивідуального протихімічного пакета (ПП), яким обробляються відкриті ділянки тіла та прилегле до них обмундирування (комір, манжети, рукави), а також лицьову частину протигазу.

Повна санітарна обробка здійснюється на етапах медичної евакуації. Для проведення повної санітарної обробки розгортається відділення спеціальної обробки, в якому проводиться миття особового складу зі зміною постільної та натільної білизни.

6.1.6. Для захисту від радіаційного, хімічного, біологічного зараження медична служба виконує ряд заходів:

заходи медичної служби щодо захисту військ від радіаційного, хімічного, біологічного зараження;

заходи медичної служби щодо захисту від радіаційного, хімічного, біологічного зараження медичних підрозділів та військово-медичних закладів.

6.1.7. З урахуванням змісту, часу і мети проведення всі ці заходи розподіляються на дві групи:

1) Запобіжні заходи, які виконуються у випадку передбачення (очікування) можливого застосування противником засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження.

Вони поділяються на два періоди:

підготовчий період (охоплює період постійної бойової готовності);

період загрози зараження.

2) Заходи, які проводяться після застосування противником засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження та дії їх уражаючих факторів на особовий склад і спрямовані на усунення його наслідків.

Вони поділяються також на два періоди:

період зараження, початок якого слід вважати з моменту отримання сигналу про радіаційне, хімічне, біологічне зараження;

період ліквідації наслідків застосування засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження.

6.1.8. При погіршенні радіаційної обстановки медична служба (спільно з хімічною) оцінює радіаційну обстановку і розробляє рекомендації по режиму праці і використанню засобів захисту, прогнозує ступінь тяжкості і організовує медикаментозну профілактику уражень, здійснює контроль за радіаційною безпекою, санітарною обробкою, радіоактивністю продуктів харчування, води і вмістом радіонуклідів в організмі.

6.1.9. Діагностика, сортування і лікування гострих радіаційних уражень, оцінка ступеня їх тяжкості, застосування радіозахисних засобів, медичне

спостереження за особовим складом, що піддався опромінюванню, здійснюються відповідно до спеціальних документів, що діють.

6.2. Медичний захист особового складу військ від впливу уражаючих факторів радіаційного, хімічного, біологічного походження

6.2.1. Медичний захист від впливу вражаючих факторів радіаційного, хімічного, біологічного походження – система заходів медичної служби, спрямованих на збереження життя, здоров'я і військово-професійної працездатності особового складу військ під час іонізуючого опромінення особового складу чи дії небезпечних хімічних речовин або засобів біологічного походження.

6.2.2. Основними завданнями медичної служби щодо захисту військ від радіаційного, хімічного, біологічного зараження є: запобігання або ослаблення ураження особового складу військ іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами та біологічними засобами; надання медичної допомоги ураженим, евакуація їх з вогнища ураження і лікування з метою швидкого відновлення боєздатності.

6.2.3. Заходи медичної служби щодо захисту військ від засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження включають:

- профілактику уражень особового складу військ іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами і біологічними засобами;

- участь у рятувальних роботах, організація і проведення лікувально-евакуаційних та ізоляційно-обмежувальних заходів;

- організацію спостереження за військовослужбовцями, які перебували під впливом іонізуючих випромінювань та інших уражаючих факторів, але зберегли боєздатність і не потребують направлення до медичного пункту (медичної роти);

- контроль за якістю спеціальної обробки особового складу, який отримав зараження радіоактивними, отруйними речовинами, біологічними засобами, а також за повнотою дезінфекції одягу, спорядження, взуття і озброєння.

6.2.4. У разі передбачення можливого застосування противником засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження медична служба проводить у підготовчий період такі заходи:

- забезпечення особового складу індивідуальними засобами медичного захисту для надання першої медичної допомоги (спеціальними медичними препаратами, індивідуальними засобами профілактики);

- навчання особового складу правилам поведінки в осередку застосування засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження, правилам, прийомам і нормативам користування індивідуальними засобами медичного захисту, навичкам проведення часткової санітарної обробки;

участь у психологічній підготовці особового складу до дій в умовах застосування зброї масового ураження;

проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання або зниження уражаючої дії радіаційного, хімічного, біологічного зараження;

виділення необхідних сил і засобів медичної служби, призначення позаштатних осіб, майна, техніки до складу мобільних (пересувних) груп для участі в ліквідації наслідків застосування противником зброї масового ураження та їх підготовка.

6.2.5. У період загрози зараження заходи медичної служби включають:

приведення медичних підрозділів та військово-медичних закладів у підвищену бойову готовність, уточнення планів медичного забезпечення;

перевірку готовності сил і засобів медичної служби, створення запасів медичного майна та засобів радіаційного, хімічного, біологічного захисту, що знаходяться в комплектах медичного майна, для успішного проведення лікувально-евакуаційних заходів в умовах радіаційного, хімічного, біологічного зараження;

контроль за забезпеченістю особового складу військ індивідуальними засобами медичного захисту, їх справністю та вмінням особового складу користуватись ними;

посилення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів та контроль за їх ефективністю;

здійснення в межах своєї компетенції радіаційного та хімічного контролю питної води і продуктів харчування, а також посилення контролю за процесом приготування їжі.

6.2.6. Після застосування противником зброї масового ураження медичною службою проводяться такі заходи:

приведення підрозділів у вищі ступені бойової готовності;

застосування індивідуальних та колективних засобів захисту;

участь в оцінці наслідків радіаційного, хімічного, біологічного зараження;

посилення санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів;

організація та підтримання обсерваційних і карантинних заходів;

проведення лікувально-профілактичних заходів;

участь в організації профілактики уражень особового складу військ іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами;

організація екстреної профілактики у разі ураження особового складу військ біологічними засобами.

6.2.7. До заходів медичної служби з ліквідації наслідків радіаційного, хімічного, біологічного зараження входять:

участь в оцінці наслідків застосування зброї масового ураження;

участь у проведенні рятувальних робіт;

організація надання медичної допомоги постраждалим у вогнищі зараження;

проведення лікувально-евакуаційних заходів;

організація та здійснення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

медичний контроль за військовослужбовцями, які підпали під вплив хімічної зброї, іонізуючого випромінювання, але зберегли боєздатність;

раннє виявлення осіб, які потребують госпіталізації;

контроль за якістю санітарної обробки особового складу;

радіаційний, хімічний, біологічний контроль, лабораторні дослідження та експертиза питної води, продуктів харчування на забрудненість отруйними і радіоактивними речовинами та біологічне зараження;

контроль за організацією харчування особового складу на зараженій місцевості;

радіаційний, хімічний, біологічний контроль спеціальної обробки зараженої води та продовольства на підставі отриманих даних про радіаційну, хімічну, біологічну обстановку.

6.2.8. Начальник медичної служби розробляє план невідкладних та довгострокових заходів, а також план взаємодії з відповідними службами військових частин, за необхідності – з Державною службою України з надзвичайних ситуацій та органами місцевого самоврядування, налагоджує та підтримує постійний зв'язок зі старшим командуванням тощо.

6.2.9. Засоби медичної служби, які використовуються в інтересах захисту військ, поділяються на індивідуальні (ті, які видаються всьому особовому складу військ) і засоби, які знаходяться в спеціальних комплектах медичного майна.

6.2.10. Забезпечення особового складу індивідуальними засобами медичного захисту здійснюється відповідно до діючих норм та заявок начальника медичної служби до підрозділів медичного постачання.

6.2.11. Весь особовий склад має бути своєчасно забезпечений: препаратами, які підвищують стійкість організму до дії іонізуючого випромінювання; засобами, які застосовуються при ураженні ОР, зокрема, фосфорорганічними ОР; засобами, що послаблюють больові відчуття; засобами екстреної профілактики уражень біологічною зброєю; засобами часткової спеціальної обробки і препаратами для знезараження води у флязі.

6.2.12. Відповідно до цього кожен військовослужбовець забезпечується:

аптечкою медичною загальновійськовою індивідуальною;

комплектами антидотів та радіопротекторів;

індивідуальним протихімічним пакетом;

засобами знезараження води, а в особливих випадках й іншими медичними засобами;

пакетом перев'язувальним індивідуальним.

6.2.13. Особовий склад, який діє у відриві від основних сил, забезпечується аптечками медичними індивідуальними спеціального призначення.

6.2.14. Крім того, військова техніка, на якій особовий склад виконує бойові завдання, комплектується спеціальними аптечками: аптечка автомобільна загальновійськова, аптечка бортова для літальних апаратів (АБ-1, АБ-3).

6.2.15. Медичні підрозділи та військово-медичні заклади для проведення заходів захисту військ від радіаційного, хімічного, біологічного зараження забезпечуються різними медико-технічними засобами.

6.2.16. Медичні засоби захисту від зброї масового ураження за видами поділяються на три групи:

медичні засоби протирадіаційного захисту;

медичні засоби протихімічного захисту;

медичні засоби протибіологічного захисту.

За призначенням розрізняються три групи медичних засобів:

засоби виявлення;

засоби профілактики;

засоби надання невідкладної допомоги та лікування.

6.2.17. Ефективний медикаментозний захист від радіаційного, хімічного, біологічного зараження здійснюється при вмілому і своєчасному застосуванні протирадіаційних препаратів, що підвищують стійкість організму до іонізуючого випромінювання, антидотів (протиотрут), що підвищують стійкість та виживання при впливі отруйних речовин, антибіотиків широкого спектру дії, якими здійснюється протидія біологічним засобам.

6.2.18. Види протирадіаційних препаратів:

радіопротектори – препарати, які застосовуються до можливого опромінення і підвищують радіорезистентність тканин (клітин) та активують процеси пострадіаційного відновлення;

засоби тривалої підтримки підвищеної радіорезистентності організму;

засоби попередження первинної реакції на опромінення;

засоби профілактики ранньої тимчасової недієздатності.

6.2.19. Антидоти, залежно від мети, показань та часу застосування можуть бути профілактичними – ті, що вживаються перед входом в хімічний осередок, або лікувальними, які призначаються у разі появи перших ознак отруєння.

6.2.20. Навчання особового складу військ способам профілактики і прийомам надання першої медичної (домедичної) допомоги в разі ураження проводиться з метою вивчення та засвоєння військовослужбовцями правил використання спеціальних медичних засобів, що для цього призначені та входять до складу комплектів, набуття практичних навичок надання першої медичної (домедичної) допомоги в порядку само- і взаємодопомоги, а також поведінки на зараженій місцевості і дотримання правил особистої гігієни.

6.2.21. Заняття проводяться за планом військово-медичної підготовки, яка є одним з важливих розділів в загальній системі бойової підготовки військ, згідно із затвердженим командиром розкладом та планами-конспектами.

Кожен військовослужбовець повинен добре знати характер дії на організм людини уражаючих факторів зброї масового ураження, правила поведінки під час перебування (виконання завдань) в умовах зараженого середовища, вміти надавати першу медичну (домедичну) допомогу собі і товаришам, гасити палаючий одяг, одягати протигаз на ураженого, проводити штучне дихання простими способами та за допомогою табельних засобів, здійснювати часткову спеціальну обробку, знезаражувати воду у флязі.

6.2.22. За своїм значенням це навчання є вкрай важливим, оскільки своєчасна і повноцінна реалізація отриманих в процесі навчання знань і умінь дозволить значно скоротити втрати особового складу та сприятиме збереженню боєздатності військових частин і підрозділів.

6.2.23. Медична служба бере участь у проведенні морально-психологічної підготовки особового складу до дій в екстремальних умовах. Застосування противником ЗМУ або загроза його застосування мають сильний психологічний вплив на особовий склад військ та викликають у нього значне нервово перенапруження. Психологічна підготовка військовослужбовців спрямована передусім на подолання напруженості та страху, які виникають в умовах підвищеної небезпеки для життя.

6.2.24. Медична служба бере участь у проведенні морально-психологічної підготовки шляхом:

формування у військовослужбовців реального правдивого уявлення про дію на організм засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження;

роз'яснення досягнень сучасної медицини щодо можливостей запобігання ураженню отруйними речовинами, іонізуючими випромінюваннями, біологічними засобами, а також їх лікування;

вироблення впевненості в тому, що в разі ураження військовослужбовцю своєчасно буде надано необхідну медичну допомогу, здійснено винесення (вивезення) в безпечне місце та проведено евакуацію до відповідного військово-медичного закладу для подальшого лікування;

відпрацювання та доведення до автоматизму проведення заходів профілактики і навиків надання першої медичної (домедичної) допомоги у разі ураження зброєю масового ураження, практичного показу (демонстрації) ефективності засобів та заходів захисту, що використовуються.

Правильна організація проведення вищезазначених заходів дозволить значно зменшити кількість реактивних станів серед особового складу під час бойових дій.

6.2.25. Виділення сил і засобів медичної служби для участі в роботах щодо ліквідації наслідків застосування противником засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження, їх підготовка та підтримання в постійній готовності до роботи в осередках здійснюється завчасно і проводиться відповідно до вказівок штабу військової частини та старшого начальника медичної служби. У загони, призначені командуванням для ліквідації наслідків застосування противником зброї масового ураження, начальник медичної служби виділяє необхідний особовий склад (фельдшера або лікаря, санітарних інструкторів, санітарів), санітарно-транспортні засоби з евакуаційних підрозділів і медичне майно (комплекти перев'язувальних засобів, антидоти, шини, ноші тощо).

До застосування противником ЗМУ зазначені сили і засоби можуть працювати в складі розгорнутих етапів медичної евакуації або перебувати у резерві в постійній готовності до висування в осередки масового ураження або включення до складу загонів ліквідації наслідків застосування радіаційних, хімічних, біологічних речовин, виділених командиром військової частини.

6.2.26. Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, які спрямовані на запобігання або зниження уражаючої дії засобів радіаційного, хімічного, біологічного зараження, проводяться з метою поліпшення санітарно-гігієнічного і санітарно-епідемічного стану району бойових дій або розташування військової частини чи підрозділу, запобігання або зниження небезпеки ураження особового складу шкідливими факторами зовнішнього середовища, а також профілактики захворювань інфекційними хворобами.

6.2.27. Проведення санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і спеціальних профілактичних медичних заходів досягається виконанням установлених гігієнічних вимог під час розміщення і харчування особового складу, а також дотриманням правил особистої та суспільної гігієни.

6.2.28. Санітарно-гігієнічні заходи полягають у виконанні встановлених гігієнічних вимог:

- дотримання правил особистої та суспільної гігієни;
- організації водопостачання та харчування;
- здійснення санітарно-гігієнічного контролю за об'єктами водопостачання, розміщення, харчування, іншими об'єктами тилу.

6.2.29. Протиепідемічні заходи мають на меті зниження загрози ураження особового складу збудниками інфекційних та особливо небезпечних хвороб і запобігання поширенню серед особового складу інфекційних захворювань.

Вони включають:

- вивчення санітарно-епідемічного стану районів ведення бойових дій і розташування підрозділів;
- проведення запобіжних щеплень особовому складу;
- застосування екстреної профілактики;
- обмеження спілкування військовослужбовців з цивільним населенням та особовим складом підрозділів інших військ, розташованих у даній місцевості;
- проведення дезінфекції.

6.2.30. Після застосування противником ЗМУ начальник медичної служби військової частини на основі відомостей, одержаних із штабу, даних радіаційної, хімічної, біологічної розвідки та доповідей підлеглих оцінює обстановку, в частині завдань, що його стосуються. Під час оцінювання обстановки він визначає та уточнює можливі санітарні втрати, їх величину і структуру, характер осередку та умови роботи в ньому, стан сил і засобів медичної служби та інші елементи обстановки, приймає й доповідає командирі рішення, в якому визначає склад і порядок використання сил та засобів медичної служби для участі в ліквідації наслідків застосування противником ЗМУ, організацію та зміст лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

6.2.31. Військовослужбовці, які підпали під вплив радіаційного, хімічного, біологічного зараження та зберегли боєздатність (наприклад, уражені іонізуючим випромінюванням, отруйними речовинами), ставляться на облік у військових підрозділах (частинах), за ними встановлюється медичне спостереження, проводяться необхідні лікувально-профілактичні заходи. Начальник медичної служби доповідає командуванню пропозиції щодо порядку подальшого використання військовослужбовців, боєздатність яких знижена. Під час спостереження проводяться медичні огляди, активно виявляються військовослужбовці зі скаргами на погіршення стану здоров'я, з клінічними симптомами ураження, їм проводять необхідні лабораторні дослідження, а за необхідності лікування негайно направляються до медичного підрозділу.

6.2.32. Начальник медичної служби проводить нагляд за якістю проведення спеціальної обробки особового складу, що зазнав впливу отруйних речовин, радіоактивних речовин, біологічних засобів, яка включає повну санітарну обробку особового складу, дезактивацію, дегазацію, дезінфекцію. Лабораторні методи контролю забруднення поверхонь радіоактивними, хімічними та біологічними засобами застосовуються в лабораторіях Служби превентивної медицини МО України.

6.2.33. На медичну службу військової частини покладаються завдання щодо визначення отруйних і радіоактивних речовин у воді, призначеній для пиття, приготування їжі та миття особового складу, а також у харчових продуктах на всіх етапах їх зберігання, приготування їжі та її видачі, зокрема: обстеження зараженого об'єкта і території, що до нього прилягає, оцінка особливостей зараження, відбір проб, індикація на місці за допомогою приладів хімічної та радіаційної розвідки, доставка проб у спеціальну лабораторію. Безпосередньо організує та відповідає за проведення зазначених заходів начальник медичної служби військової частини.

6.2.34. Хімічний контроль здійснюється після кожного випадку застосування противником хімічної зброї або якщо є підозра на зараження продуктів харчування та джерел водопостачання, в тому числі внаслідок диверсій, і проводиться за допомогою приладів хімічної розвідки та хімічних лабораторій. В медичних підрозділах та у військово-медичних закладах індикація отруйних речовин в пробах води і сипучих продуктах проводиться за допомогою табельного приладу хімічної розвідки. Прилад дозволяє отримати лише попередній висновок. До встановлення придатності джерел водопостачання і продуктів харчування користуватися ними та вживати категорично забороняється. Проби з цих об'єктів доставляються для дослідження в санітарно-епідеміологічну лабораторію (санітарно-епідеміологічне управління), що має на оснащенні відповідне обладнання для його проведення.

Для одержання попередніх даних про ступінь забруднення води і продовольства всіма ланками медичної служби використовується розрахунковий метод. У разі коли застосувати інші методи неможливо, розрахунковий метод застосовується також і для остаточної оцінки.

6.2.35. Спеціалісти санітарно – гігієнічної служби Командування медичних сил ЗС України проводять експертизу води і продуктів харчування та надають висновок про їх придатність та рекомендації щодо використання. Вони також здійснюють лабораторний контроль проб води та продовольства, що надходять з місць приготування їжі, випічки хліба, з продовольчих складів і пунктів водопостачання військових частин тощо.

6.2.36. Експертні висновки щодо придатності води і продуктів харчування формулюються за такими варіантами:

1. Продовольство (вода) придатне до вживання особовим складом без обмеження.

2. Вода придатна до вживання особовим складом з обмеженим строком вживання (наприклад, протягом одного дня чи впродовж 10 діб).

3. Продовольство (вода) придатне до вживання здоровими військовослужбовцями під час виконання бойових завдань і робіт в зоні зараження.

4. Продовольство придатне до вживання після проведення рекомендованої обробки (наприклад, варки протягом 30 хвилин).

5. Продовольство не придатне до вживання, воно підлягає дегазації з подальшим повторним лабораторним дослідженням.

6. Продовольство, не придатне до вживання особовим складом, підлягає знищенню.

6.2.37. Під час прогнозування величини санітарних втрат від хімічної зброї обов'язково необхідно враховувати наявність в особового складу засобів індивідуального захисту, навичок користування ними, а також своєчасність доведення сигналів оповіщення. При повній забезпеченості засобами індивідуального захисту і достатніх навичках їх використання, високій оперативності оповіщення, втрати особового складу можливі лише внаслідок технічної несправності та неправильної підгонки засобів захисту. Вони, як правило, не перевищують 2-3 %. За менш сприятливих умов (недостатні навички використання засобів захисту, пізнє оповіщення) санітарні втрати можуть досягати 7-10 % від чисельності особового складу, що потрапив у зону поширення бойових хімічних речовин.

6.2.38. Біологічний захист військ являє собою комплекс організаційних, спеціальних, протиепідемічних, санітарно-гігієнічних та лікувально-евакуаційних заходів, спрямованих на запобігання появи та обмеження поширення спричинених застосуванням біологічної зброї інфекційних захворювань серед особового складу військ з метою збереження їх боєздатності. Біологічний захист військ організовується командирами та начальниками всіх рівнів, будується за єдиним планом командування і включає заходи, що проводяться військами, а також службою радіаційного, хімічного, біологічного захисту, медичною, інженерною та іншими службами.

6.2.39. Під час прогнозування санітарних втрат від біологічної зброї передбачається, що в зоні небезпечного зараження середні показники втрат незахищеного особового складу від впливу первинного аерозолі біологічних засобів складатимуть близько 75 %, в зоні помірного зараження – 35 %, в зоні слабого зараження – 10 % від чисельності розташованого в цих зонах особового складу. Загальні втрати складаються із суми втрат у всіх зонах зараження.

6.2.40. На медичну службу покладаються такі завдання з питань біологічного захисту військ:

- підготовка та своєчасна доповідь командуванню переліку спеціальних заходів, які повинні здійснювати війська та інші служби, і здійснення контролю за їх виконанням;

- організація і проведення комплексу медичних заходів у разі загрози застосування противником біологічної зброї.

Разом з цим передбачається ряд спеціальних заходів, спрямованих на запобігання появі та поширенню у військах захворювань, що спричиняються біологічними засобами ураження:

- участь в біологічній розвідці;

- специфічна профілактика тих захворювань, застосування збудників яких в даних умовах є найбільш ймовірним;

- підготовка медичних підрозділів і військово-медичних закладів до роботи в умовах застосування противником біологічної зброї та до участі в ліквідації наслідків його застосування;

- ознайомлення особового складу військ з бойовими властивостями біологічної зброї, що застосовується противником, і заходами профілактики інфекційних захворювань;

- забезпечення всього особового складу військ індивідуальними засобами медичного захисту і навчання правилам користування ними.

6.2.41. Санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи організовуються і проводяться штабом військової частини за безпосередньої участі начальника медичної служби з метою запобігання поширенню серед особового складу інфекційних захворювань, які можуть виникнути в результаті застосування противником біологічної зброї. Вони включають: вивчення санітарно-епідемічного стану районів дій і розташування військових частин (підрозділів); проведення профілактичних щеплень особовому складу і застосування засобів екстреної профілактики; організацію обсервації та карантину; проведення дезінфекції.

6.2.42. Начальник медичної служби військової частини організовує вивчення санітарно-епідемічного стану районів дислокації та бойових дій шляхом обстеження населених пунктів, пунктів водопостачання, маршрутів переміщення військ, сховищ та приміщень, призначених для військ. З цією метою проводиться санітарно-епідеміологічна розвідка.

6.2.43. Під час проведення санітарно-протиепідемічних (профілактичних) заходів у передбаченні можливого застосування противником біологічної зброї особлива увага приділяється контролю за організацією належного захисту води та продуктів харчування від зараження.

6.2.44. Особливе значення в таких умовах набувають дератизація та дезінсекція, які проводяться в районах розміщення військ, на продовольчих та речових складах, у медичних підрозділах і військово-медичних закладах. Війська забезпечуються білизною та обмундируванням, обробленими засобами проти паразитів.

6.2.45. Профілактичні щеплення виконуються в плановому порядку або за епідемічними показаннями. Порядок імунізації встановлюється командувачем виду (військ, сил) за поданням відповідного начальника медичної служби.

6.2.46. Підготовка до роботи в умовах застосування противником біологічної зброї включає також вивчення бойових властивостей цієї зброї, методик індикації збудників, способів діагностики, лікування і профілактики захворювань, виникнення яких в даних умовах найбільш вірогідно, заходів біологічного захисту та порядку роботи щодо ліквідації наслідків застосування біологічної зброї.

6.2.47. Після застосування противником біологічної зброї медична служба бере участь у проведенні заходів щодо ліквідації наслідків її застосування, зокрема:

- визначає масштаби біологічного забруднення, осередки зараження та виявляє військові частини (підрозділи), що підлягають обсервації або карантину;

- здійснює специфічну індикацію біологічних засобів за скороченою схемою;

- здійснює переведення медичних підрозділів і військово-медичних закладів на протиепідемічний або суворий протиепідемічний режим роботи;

- організовує і проводить екстрену профілактику;

- бере участь у проведенні ізоляційно-обмежувальних заходів в районі ураження.

6.2.48. Екстрена профілактика у військах включає застосування антибіотиків, імунних сироваток, імуноглобулінів та інших лікарських препаратів для запобігання інфекційним захворюванням серед особового складу військ при підозрі на зараження.

6.2.49. Загальна екстрена профілактика включає використання препарату (антибіотик широкого спектру дії), який знаходиться в аптечці медичній загальновійськовій індивідуальній.

6.2.50. Специфічна екстрена профілактика проводиться на основі результатів специфічної індикації.

6.2.51. Екстрена профілактика проводиться при підозрі на зараження особового складу підрозділу, що знаходиться в епідемічному осередку інфекційних захворювань чи осередку застосування противником біологічної зброї.

Терміни і порядок проведення екстреної профілактики визначаються наказом командира військової частини.

6.2.52. Для визначення природи застосованого противником збудника та якісного проведення протиепідемічних заходів необхідно забезпечити своєчасний відбір проб і доставку їх до санітарно-епідеміологічного закладу з метою дослідження, а також якомога більш раннє висування в район осередку ураження спеціальних санітарно-епідеміологічних сил та засобів медичної служби. Відбір проб та їх дослідження проводяться в системі біологічної розвідки, яка організовується командиром і проводиться за єдиним планом, який розробляється штабом військової частини. Біологічну розвідку організовує та проводить служба радіаційного, хімічного і біологічного захисту, а на медичну службу покладається специфічна індикація біологічних засобів.

6.2.53. До встановлення виду застосованого противником збудника проводиться обсервація військ, сутність якої полягає в посиленому спостереженні за осередком ураження, а також проведення ряду лікувально-профілактичних та ізоляційно-обмежувальних заходів, спрямованих на запобігання поширенню інфекційних захворювань. Посилене медичне спостереження – режимно-обмежувальний захід, спрямований на активне виявлення інфекційних захворювань серед особового складу частини з подальшою ізоляцією та госпіталізацією виявлених хворих. Обсервація не потребує виведення з бою військ, що зазнали впливу біологічних засобів ураження. Обсервацію встановлює командир військової частини.

6.2.54. Обсервація включає такі основні заходи:

- посилене медичне спостереження за особовим складом;
- раннє виявлення хворих, їх ізоляцію та госпіталізацію;
- проведення екстреної профілактики серед зараженого особового складу;
- посилення медичного контролю за виконанням санітарно-гігієнічних норм і правил;

- обмеження в'їзду (виїзду) та транзитного проїзду через заражену територію;

- максимально можливе обмеження контакту військ, що зазнали впливу біологічної зброї, з особовим складом інших військових частин і місцевим населенням;

- встановлення суворого протиепідемічного режиму роботи в тих медичних підрозділах (медичних пунктах, медичних ротах) та військово-медичних закладах, куди надходять поранені та хворі з військових частин, що знаходяться в осередку ураження.

6.2.55. Велике значення має своєчасне проведення санітарної обробки особового складу, дезінфекція обмундирування, спорядження, зброї, техніки та місцевості, а також знезараження води і продовольства. Часткова санітарна обробка особового складу проводиться безпосередньо у військових підрозділах, що зазнали впливу біологічної зброї, під керівництвом командирів цих підрозділів із використанням індивідуальних протихімічних пакетів і підручних засобів.

Повна санітарна обробка з миттям особового складу, дезінфекцією обмундирування, зброї, техніки та іншого майна потребує виведення військ з бою і проводиться на незараженій території, як тільки дозволить бойова обстановка. Для її проведення використовуються засоби служби радіаційного, хімічного, біологічного захисту, а також польові лазні, що розгортаються речовою службою. На медичну службу покладається здійснення санітарної обробки поранених і хворих, які надходять на етапи медичної евакуації, а також видача висновків (разом зі службою радіаційного, хімічного, біологічного захисту) про придатність до вживання води та харчових продуктів.

6.2.56. Після встановлення виду застосованих біологічних засобів ураження, залежно від природи збудника, з метою локалізації та ліквідації епідемічних осередків на війська може бути накладено карантин або продовжено обсерваційні заходи. У разі застосування противником неконтагіозних збудників або токсинів після проведення санітарної обробки та дезінфекції проведення ізоляційно-карантинних заходів припиняється.

6.2.57. Карантин встановлюється у разі застосування противником збудників особливо небезпечних захворювань, через появу у військах випадків особливо небезпечних інфекцій, а також через виникнення інших масових контагіозних захворювань, що загрожують боєздатності військ.

Після встановлення карантину передбачається проведення таких заходів:

заборона в'їзду в осередок ураження (епідемічний осередок), виїзд з нього та вивезення будь-якого майна без попереднього знезараження;

збройна охорона району карантину;

згрупування особового складу у невеликі за чисельністю групи та їх розосереджене розміщення;

організація в карантині спеціальної комендантської служби, яка забезпечує виконання правил карантину;

щоденне вимірювання температури та медичний огляд осіб з підозрою на захворювання;

негайна ізоляція та госпіталізація хворих в спеціально виділені для цього заклади охорони здоров'я;

організація профілактичних щеплень і застосування з профілактичною метою необхідних лікарських засобів, зокрема антибіотиків.

6.2.58. Карантин встановлюється та знімається наказом командувача виду (військ, сил), в якому також визначається порядок подальшого використання виведених в карантин військових частин. Начальником карантину призначається командир військової частини. Тривалість карантину або обсервації залежить від виду збудника та встановлюється на термін інкубаційного періоду при даному захворюванні, який відраховується з моменту ізоляції останнього хворого.

6.2.59. Організація лікувально-евакуаційних заходів у військах, що зазнали біологічного нападу, здійснюється таким чином. З моменту встановлення факту застосування противником біологічної зброї евакуація всіх поранених і хворих з медичних рот бригад (військових мобільних госпіталів), що забезпечують військові частини, які були в осередку ураження (епідемічному осередку), припиняється на термін, необхідний для встановлення характеру застосованих противником біологічних засобів (декілька діб). За цей час повинні бути отримані хоча б попередні дані про склад застосованої противником рецептури, особливо про наявність в ній збудників особливо небезпечних інфекцій.

6.2.60. В умовах, коли війська, що опинилися в зоні зараження біологічними засобами, зазнають значних санітарних втрат, рішенням старшого медичного начальника медичні роти бригад (військові мобільні госпіталі) можуть бути підсилені групами спеціалізованої медичної допомоги або на даному евакуаційному напрямку додатково розгортаються військово-медичні заклади для надання кваліфікованої та основних видів спеціалізованої медичної допомоги.

6.2.61. Всі етапи медичної евакуації, що проводять прийняття поранених і хворих з військових частин, які зазнали впливу біологічної зброї, повинні працювати з дотриманням суворого протиепідемічного режиму, що включає:

- припинення евакуації поранених і хворих;
- роботу медичного складу в засобах захисту органів дихання і шкірних покривів;
- раннє виявлення поранених і хворих, які мають ознаки інфекційного захворювання, надання їм медичної допомоги, розміщення та обслуговування окремо від решти поранених і хворих;
- проведення часткової або повної санітарної обробки всіх поранених і хворих, які надходять;
- проведення всім пораненим, хворим та медичному складу екстреної профілактики;
- поточну та заключну дезінфекцію у всіх функціональних підрозділах;
- ведення відповідної медичної документації.

Якщо лабораторні дослідження дали негативний результат, не було виявлено випадків захворювань та підозрілих на особливо небезпечні інфекції може бути дозволено евакуацію поранених і хворих на етап спеціалізованої медичної допомоги.

Для військових частин, що зазнали зараження біологічними засобами, може створюватися окремий евакуаційний напрямок з виділенням відповідних військово-медичних закладів. Якщо серед військ, виведених в карантин, є багато поранених і хворих, які потребують спеціалізованої медичної допомоги, за рахунок сил та засобів старшого медичного начальника поблизу меж карантину розгортаються необхідні військово-медичні заклади.

У разі масованого застосування противником біологічної зброї та значної кількості інфекційних хворих їх лікування може проводитися в інфекційних відділеннях або спеціально виділених для цього медичних підрозділах чи військово-медичних закладах.

6.3. Радіаційний, хімічний, біологічний захист медичних підрозділів

6.3.1. Захист від впливу різних факторів радіаційного, хімічного, біологічного зараження медичних підрозділів організовується та здійснюється з метою забезпечення їх живучості, безпеки поранених і хворих, безперебійності медичного забезпечення шляхом запобігання або послаблення впливу уражаючих факторів радіаційного і хімічного походження на об'єкти медичної служби та, як результат, запобігання або максимального зменшення втрат їх особового складу, техніки, майна, повторних уражень поранених і хворих.

6.3.2. За організацію та здійснення захисту медичних підрозділів відповідають їх командири (начальники), які організовують та проводять необхідні заходи власними силами і засобами.

6.3.3. Захист досягається шляхом виконання комплексу оперативно-тактичних та спеціальних заходів, що проводяться в ході інженерного забезпечення, радіаційного, хімічного, біологічного захисту військ.

6.3.4. До оперативно-тактичних заходів належать:

розосередження об'єктів медичної служби в бойовому порядку військових частин;

віддалення етапів медичної евакуації від місця ведення бойових дій на безпечну відстань;

попередження про безпосередню загрозу застосування противником зброї масового ураження;

використання маскувальних властивостей місцевості.

6.3.5. В усіх випадках обстановки слід прагнути до розосередженого розміщення медичних підрозділів і військово-медичних закладів з метою виключення можливості ураження їх одним ударом та мати заздалегідь підготовлені в інженерному відношенні позиції, запасні майданчики (райони). Разом з цим розосередження не повинно негативно впливати на медичне забезпечення військ.

Розосередження медичних підрозділів в бойовому порядку військ визначається планом медичного забезпечення, а взаємне віддалення функціональних підрозділів етапів медичної евакуації – їх командирами (начальниками).

6.3.6. Попередження про безпосередню загрозу застосування противником зброї масового ураження, в першу чергу ядерної зброї, є функцією командування військ. У разі завчасного попередження можуть віддаватися попередні розпорядження, де зазначаються найбільш важливі заходи, які повинні бути проведені в стислі терміни для підвищення ступеня захищеності військ, об'єктів тилу та об'єктів медичної служби. При безпосередній загрозі попередження здійснюється передачею завчасно встановленого сигналу позачергово по всіх засобах зв'язку.

6.3.7. У медичних підрозділах і військово-медичних закладах вживаються заходи щодо їх захисту, зокрема уточнюються терміни та обсяг необхідних заходів, особливо щодо розосередження та безпосереднього захисту, підсилюється контроль за їх виконанням.

6.3.8. Особлива увага приділяється маскуванню, для чого використовуються маскувальні властивості місцевості, табельні та підручні засоби маскування, фарбування транспорту, майна під колір навколишньої місцевості, дотримання світлового маскування. Маскувальні властивості мають ліс, чагарники, населені пункти. Найкращими з них є лісові масиви, які добре маскують медичні підрозділи та військово-медичні заклади від повітряної розвідки та утруднюють наземну розвідку. З метою приховування від наземної розвідки медичні підрозділи та військово-медичні заклади розгортаються на зворотних схилах височин, в ярах, за насипами та іншими предметами, що утруднюють їх виявлення за допомогою оптичних та радіолокаційних засобів.

6.3.9. Заходи інженерного забезпечення включають обладнання відповідних фортифікаційних споруд для етапів медичної евакуації.

Обладнання польових фортифікаційних споруд для медичних підрозділів і військово-медичних закладів є одним з ефективних заходів підвищення їх захищеності від зброї масового ураження. Найкращий захист забезпечують споруди закритого типу (бліндажі та сховища). Обладнання польових фортифікаційних споруд для медичних підрозділів і військово-медичних закладів проводиться відповідно до плану інженерного забезпечення військової частини з використанням збірних конструкцій, підручних матеріалів, а також інженерних споруд, залишених військами (після обов'язкової перевірки на зараженість та мінування).

Розміщення медичних підрозділів в інженерних спорудах забезпечує найбільш надійний захист від радіаційного, хімічного, біологічного зараження. Герметизовані сховища обладнуються насамперед для приймально-сортувальних, операційно-перев'язувальних і госпітальних відділень (для

тяжкопоранених і хворих); для інших відділень та медичного персоналу готуються укриття. В усіх випадках необхідно прагнути використовувати інженерні споруди своїх військ, що перемістилися вперед, або залишені військами противника (після перевірки їх на зараженість і мінування). За можливості використовуються підвали, тунелі, промислові виробки ґрунту тощо. Для укриття транспортних засобів і медичної техніки влаштовуються захисні котловани. На майданчику розгортання обладнуються укриття для переховування медичного персоналу, поранених і хворих.

6.3.10. До заходів радіаційного, хімічного, біологічного захисту, що проводяться в інтересах медичної служби, належать:

- участь медичної служби у проведенні радіаційної і хімічної розвідки маршрутів висування, районів дислокації медичних підрозділів та військово-медичних закладів;

- організація і проведення постійного радіаційного і хімічного спостереження в районах розташування етапів медичної евакуації;

- вивчення радіаційної, хімічної, біологічної обстановки в районах розміщення та дій медичних підрозділів та військово-медичних закладів;

- сповіщення про радіоактивне, хімічне та біологічне зараження;

- використання захисних властивостей місцевості, транспортних засобів та інших об'єктів;

- використання особовим складом медичної служби, пораненими (ураженими, хворими) індивідуальних засобів захисту органів дихання та шкірних покривів;

- хімічний, радіаційний контроль медичного майна, санітарного транспорту, поранених та хворих, а також медичного персоналу;

- контроль радіоактивного опромінення поранених (уражених, хворих) і медичного персоналу;

- спеціальна обробка майна та техніки медичних підрозділів і військово-медичних закладів, санітарна обробка поранених (уражених, хворих) і медичного персоналу;

- ліквідація наслідків застосування противником зброї масового ураження по медичних підрозділах і військово-медичних закладах;

- заборона використання води та продовольства з неперевіраних джерел;

- застосування профілактичного антидоту фосфорорганічних отруйних речовин перед входженням в зону хімічного забруднення або контактом з ураженими, що надходять з осередку хімічного забруднення;

- застосування засобів профілактики радіаційних уражень при загрозі понаднормативного опромінення.

6.3.11. На підставі даних, отриманих зі штабу, та за результатами медичної розвідки начальник медичної служби оцінює обстановку, що склалась після впливу зброї масового ураження.

Оцінка обстановки надає можливість:

- дати медико-тактичну характеристику осередку та умов роботи;
- визначити кількість та структуру санітарних втрат особового складу військ у вогнищі;
- прогнозувати можливі втрати у вимушених діях на забрудненій території;
- провести розрахунок потреби в силах і засобах для надання медичної допомоги у вогнищі та на етапах медичної евакуації;
- встановити дієздатність етапів медичної евакуації, які знаходяться у вогнищі, уточнити стан сил і засобів медичної служби та виявити вплив обстановки, що склалася, на діяльність медичної служби;
- провести необхідні заходи щодо захисту особового складу медичної служби, поранених і хворих на етапах медичної евакуації;
- здійснити заходи щодо захисту особового складу медичної служби, який направлений для роботи в район застосування зброї масового ураження;
- провести заходи щодо захисту етапів медичної евакуації, які знаходяться під загрозою зараження або приймають уражених;
- вжити заходів щодо ліквідації наслідків радіаційного, хімічного, біологічного зараження в медичних підрозділах і військово-медичних закладах, які потрапили під їх вплив;
- визначити найбільш доцільні дії щодо маневру силами та засобами медичної служби;
- вибрати найбезпечніші райони для розгортання етапів медичної евакуації та маршрути евакуації поранених і хворих;
- визначити порядок надання медичної допомоги в осередку застосування зброї масового ураження та на етапах медичної евакуації (встановити оптимальний вид і обсяг медичної допомоги);
- встановити порядок евакуації уражених з осередку масового ураження;
- визначити порядок проведення спеціальної обробки;
- поставити завдання щодо проведення медичної експертизи води та харчових продуктів.

6.3.12. У разі загрози застосування противником зброї масового ураження під час розгортання в усіх медичних підрозділах і військово-медичних закладах створюються позаштатні пости радіаційного та хімічного спостереження. Під час переміщення медичних підрозділів і військово-медичних закладів призначаються дозори радіаційної, хімічної, біологічної розвідки.

Оповіщення про радіаційне, хімічне, біологічне зараження здійснюється за допомогою єдиних для всіх військ сигналів. За сигналом небезпеки особовий склад, не припиняючи роботи в функціональних підрозділах етапу медичної евакуації, застосовує індивідуальні засоби захисту. У разі зараження атмосфери отруйними високотоксичними речовинами своєчасне застосування протигазів має важливе значення для захисту поранених і хворих.

6.3.13. Залежно від характеру поранення (ураження, захворювання) та здатності потерпілого користуватися засобами індивідуального захисту органів дихання поранені та хворі на етапах медичної евакуації поділяються на чотири групи:

здатні користуватися загальновійськовим протигазом і самостійно надягати його;

здатні користуватися загальновійськовим протигазом, але потребують допомоги в його надяганні;

потребують надягання шолома для поранених у голову сторонньою особою;

потребують розміщення в об'єктах колективного захисту, оскільки надягання загальновійськового протигазу потерпілим цієї категорії протипоказано.

6.3.14. Сортування поранених і хворих за способом захисту здійснюється медичним складом шляхом закріплення спеціальних маркувальних талонів або марок.

6.3.15. Поранені, спроможні користуватися загальновійськовим протигазом і самостійно надягнути його, роблять це самостійно за загальними правилами.

Надягання протигазу на пораненого, не спроможного самостійно це зробити, робиться в порядку взаємної допомоги іншим військовослужбовцем, санітарами чи санітарними інструкторами. Під час надягання протигазу враховується стан пораненого, характер ушкодження, а також бойова та медико-тактична обстановка.

У кожному функціональному підрозділі на етапах медичної евакуації передбачається мати резерв протигазів різних розмірів.

Перебуваючи в протигазі, поранений потребує систематичного спостереження та догляду.

Певна частина поранених (уражених, хворих) через свій стан не може користуватися засобами індивідуального захисту органів дихання. Медичні протипоказання до використання протигазів можна розділити на абсолютні та відносні.

До абсолютних протипоказань належать тяжкі поранення та захворювання, за яких навіть в умовах спокою використання протигазу неможливе чи пов'язане з великою небезпекою і ризиком, зокрема:

проникаючі поранення грудної порожнини та всі ушкодження голови, пов'язані з підвищенням внутрічерепного тиску;

легеневі, носові та шлункові кровотечі;

відсутність свідомості;

неконтрольована блювота;

судоми;

органічні захворювання серця з явищами декомпенсації;

стенокардія;

важкі захворювання легенів і плеври (пневмонія, набряк легенів, абсцеси, ексудативні плеврити тощо);

рясні виділення з носа, різко виражений бронхоспазм при ураженні фосфорорганічними речовинами тощо.

Такі поранені (уражені, хворі) повинні розміщуватися в об'єктах колективного захисту, обладнаних у протихімічному відношенні.

До відносних протипоказань належать захворювання, за яких допускається використання протигазу для захисту, але це потребує обережності чи певного обмеження. До них належать функціональні захворювання серця і судин, хронічні захворювання дихальних шляхів, хвороби нирок та інші. Ураженим цієї категорії потрібно використовувати протигazi лише для порятунку життя в умовах зараженого середовища.

6.3.16. За сприятливих умов медичні підрозділи та військово-медичні заклади можуть бути переміщені в незаражені райони. У разі коли вони опинилися в зоні радіоактивного зараження з високим рівнем радіації, а вихід з цього району може призвести до опромінення небезпечною дозою, медичний персонал і поранених доцільно переховувати на місці до спаду рівня радіації, використовуючи для цього сховища та укриття.

6.3.17. Радіаційний, хімічний контроль та контроль опромінення в медичних підрозділах організується їх командирами (начальниками) та здійснюється у відношенні до особового складу медичної служби, а також до поранених (уражених, хворих), які перебувають на лікуванні та надходять на етапи медичної евакуації.

6.3.18. Радіаційний контроль проводиться санітарним інструктором-дозиметристом.

6.3.19. Завданнями медичної служби в проведенні радіаційного контролю є:

контроль за особовим складом, транспортом і майном медичної служби, які зазнали радіаційного зараження;

контроль радіаційного зараження поранених (уражених, хворих) на сортувальному посту для виявлення осіб, які мають зараження, що перевищує допустимі величини, і які є небезпечними для оточуючих, та направлення їх на санітарну обробку;

контроль за особовим складом та майном майданчика спеціальної обробки і відділення спеціальної обробки у випадку надходження для проведення санітарної обробки поранених (уражених, хворих), які заражені радіоактивними речовинами;

контроль радіаційного зараження після проведення повної санітарної обробки у відділенні спеціальної обробки;

контроль радіаційного зараження обмундирування, нош і транспорту до та після дезактивації.

6.3.20. До завдань медичної служби з хімічного контролю також належать:

- контроль зараженості медичного та санітарно-господарчого майна;
- контроль зараженості обмундирування, спорядження та іншого майна поранених (уражених, хворих), які прибувають на етапи медичної евакуації;
- контроль повноти дегазації води, продовольства, медикаментів та іншого медичного і санітарно-господарчого майна.

6.3.21. Контроль зовнішнього опромінення поранених (уражених, хворих) здійснюється за допомогою індивідуальних дозиметрів. Зняття показників індивідуальних дозиметрів здійснюється спеціально підготовленими фельдшерами (санітарними інструкторами) під час медичного сортування поранених та хворих. Визначення доз опромінення здійснюється до огляду лікарем. Після кожного зняття показників індивідуальні дозиметри повертаються пораненим (ураженим, хворим).

6.3.22. Завданнями медичної служби щодо проведення контролю опромінення є недопущення переопромінення особового складу медичної служби, збереження його дієздатності, а також визначення та прогнозування ступеня тяжкості гострої променевої хвороби у разі загрози її розвитку.

6.3.23. Облік доз опромінення ведеться:

- на особовий склад медичних підрозділів і військово-медичних закладів – командиром (начальником) підрозділу (закладу);
- стосовно поранених і хворих, які прибувають з осередку радіаційного ураження, дані дозиметрів знімаються за медичними показаннями на сортувальному майданчику.

6.3.24. Інформація про отриману військовослужбовцем дозу опромінення вноситься до первинної медичної картки або картки стаціонарного хворого та завіряється підписом лікаря, а під час виписки з лікувального закладу – до індивідуальної картки обліку доз радіоактивного опромінення, що зберігається разом з документом, який посвідчує особу.

6.3.25. Виявлення на етапах медичної евакуації поранених і хворих, які мають зараження отруйними речовинами, радіоактивними речовинами, біологічними засобами проводиться з метою визначення обсягу та повноти проведення їм санітарної обробки, дегазації, дезактивації, дезінфекції обмундирування, спорядження, а також виконання необхідних лікувально-евакуаційних заходів.

6.3.26. Виявлення уражених хімічною зброєю здійснюється на основі клінічної картини ураження, даних про осередок хімічного забруднення, а також за даними індикації отруйних речовин, яка проводиться в медичних

підрозділах та військово-медичних закладах за допомогою військових та медичних приладів хімічної розвідки.

6.3.27. Виявлення уражених, які мають забруднення радіоактивними речовинами, здійснюється на основі анамнезу та даних радіометричного контролю, що проводиться за допомогою приладів радіаційної розвідки.

6.3.28. Виявлення на етапах медичної евакуації хворих, уражених біологічними засобами, проводиться на основі встановленого факту застосування біологічної зброї та клінічних проявів захворювання. Виявлені хворі підлягають негайній ізоляції. Етапи медичної евакуації, на яких ведеться прийняття поранених (уражених, хворих) з військових частин, що зазнали впливу біологічної зброї, переводяться на суворий протиепідемічний режим роботи.

6.3.29. У разі коли медичні підрозділи та військово-медичні заклади самі є об'єктом зараження, ліквідація наслідків, у тому числі й спеціальна обробка, організовується медичною службою. За необхідності для ліквідації наслідків зараження за рішенням вищого командування можуть залучатися сили і засоби служби радіаційного, хімічного, біологічного захисту.

6.3.30. Медична служба повинна проводити санітарну обробку поранених (уражених, хворих), які підпали під вплив радіаційного, хімічного, біологічного зараження.

6.3.31. З метою запобігання можливості вторинних радіаційних, хімічних, біологічних уражень поранених (хворих, уражених), а також особового складу медичної служби в медичних підрозділах та військово-медичних закладах під час надання медичної допомоги проводиться повна санітарна обробка поранених і хворих, які надходять із зони радіаційного, хімічного, біологічного зараження. Потреба в проведенні санітарної обробки визначається на сортувальному посту санітарним інструктором-дозиметристом за допомогою приладів радіаційної та хімічної розвідки.

6.3.31. Всі уражені, які надходять з хімічних або радіаційних вогнищ, поділяються на сортувальному посту на три групи:

потребують проведення санітарної обробки (направляються з сортувального поста на санітарну обробку, після якої проводиться їх внутрішньопунктове сортування);

не потребують проведення санітарної обробки (спрямовуються з сортувального поста на сортувальний майданчик для сортування);

підлягають ізоляції.

6.3.32. Для визначення потреби в проведенні спеціальної обробки санітарний інструктор-дозиметрист сортувального поста керується такими положеннями:

всі поранені (хворі), які прибули з вогнищ ураження стійкими отруйними речовинами і радіаційних вогнищ (зі ступенем радіоактивного зараження обмундирування 50 мР/год. і вище) вважаються зараженими (забрудненими) та потребують проведення санітарної обробки;

санітарний транспорт і медичне майно, що надійшли з вогнищ ураження стійкими отруйними речовинами та радіаційних вогнищ, вважаються зараженими і підлягають дегазації або дезактивації.

6.3.33. Часткова санітарна обробка входить до обсягу першої медичної (домедичної), долікарської та першої лікарської допомоги. Вона здійснюється на площадці спеціальної обробки, яка включає площадку санітарної обробки та площадку спеціальної обробки транспорту і майна, кожна з яких поділяється на чисту та брудну половини. Радіометричний контроль після часткової санітарної обробки не проводиться.

6.3.34. Часткова спеціальна обробка здійснюється безпосередньо в медичних підрозділах та військово-медичних закладах їх особовим складом без припинення виконання поставленого завдання. Обробка об'єктів, заражених отруйними речовинами, здійснюється негайно, а радіоактивними речовинами, якщо обстановка не дозволяє виконати це негайно, – протягом першої години після зараження.

6.3.35. Спеціальна обробка в медичних підрозділах і військово-медичних закладах полягає у проведенні дегазації, дезактивації та дезінфекції палаток, транспортних засобів та іншого майна, а за необхідності – в санітарній обробці особового складу медичної служби, поранених і хворих. Вона може бути частковою або повною.

6.3.36. Повна санітарна обробка входить до переліку заходів повного обсягу кваліфікованої медичної допомоги, здійснюється у відділенні спеціальної обробки. Вона проводиться за рішенням командира військової частини після виконання поставленого завдання. Разом з особовим складом у ній беруть участь підрозділи служби радіаційного, хімічного, біологічного захисту, які мають на оснащенні техніку спеціальної обробки. Спеціальна обробка проводиться залежно від обстановки безпосередньо в районі розташування медичних підрозділів і військово-медичних закладів, що зазнали зараження, або в призначених для цього районах спеціальної обробки.

6.3.37. У разі застосування противником ядерних чи хімічних ударів по районах розташування медичних підрозділів і військово-медичних закладів з метою відновлення в найкоротші терміни робочого стану етапу медичної евакуації організовується ліквідація наслідків таких ударів.

При цьому першочергово проводяться такі заходи:

відновлення управління;

радіаційна, хімічна, біологічна розвідка;

рятувальні роботи та лікувально-евакуаційні заходи;

спеціальна обробка медичного персоналу, поранених і хворих, матеріальних засобів;

розчищення завалів, гасіння пожеж;

ізоляційно-обмежувальні заходи.

Ці заходи організовуються і здійснюються силами та засобами постраждалих медичних підрозділів і військово-медичних закладів, для чого завчасно створюються нештатні команди. За необхідності командири військових частин виділяють додаткові сили та засоби для відновлення роботи медичних підрозділів і військово-медичних закладів, за рахунок яких розгорнуті етапи медичної евакуації.

Поранені та уражені з постраждалих медичних підрозділів і військово-медичних закладів евакуюються на найближчі етапи медичної евакуації, де проводиться їх медичне сортування, спеціальна обробка (за необхідності) та надання медичної допомоги.

7. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМ МАЙНОМ (МЕДИЧНА ЛОГІСТИКА)

7.1. Медичне постачання є складовою та невід'ємною частиною медичного забезпечення військ. Основу завдань медичного постачання Збройних Сил України складають заходи щодо своєчасного та повного забезпечення медичних підрозділів і військово-медичних закладів медичним майном і технікою, необхідними для надання медичної допомоги військовослужбовцям, накопичення та утримання запасів, технічного обслуговування медичної техніки та обладнання.

7.2. Медичне майно за своїми характеристиками має відповідати сучасним досягненням науки і техніки, бути відповідно сертифікованим і стандартизованим та забезпечувати можливість надання медичної допомоги на рівні стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та військово-медичних стандартів. Воно, відповідно до Женевських конвенцій, маркується, зберігається окремо від іншого військового майна та охороняється згідно з цими конвенціями.

7.3. Використання і контрольовану утилізацію медичного майна необхідно проводити відповідно до юридичних, екологічних та інвентаризаційних вимог.

7.4. Медичне майно, зазвичай, має обмежені терміни зберігання та використання, а деяке потребує спеціальних умов зберігання та транспортування. Зокрема спеціальних умов транспортування та зберігання потребують препарати крові, планування та постачання яких до медичних підрозділів і військово-медичних закладів мають певні особливості. Особливої уваги потребує організація забезпечення препаратами крові національних контингентів у міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки.

7.5. Забезпечення медичним майном і технікою покладається на органи управління медичною службою (довольчі органи або органи забезпечення), які організовують його постачання до військових частин з медичних складів.

7.6. На органи управління медичною службою покладаються завдання витребування медичного майна, організації його постачання з підпорядкованих складів до медичних підрозділів і військово-медичних закладів, заготівлі медичного майна з місцевих ресурсів (підприємств), а також обслуговування, ремонт та відновлення медичної техніки. Органи управління відповідають за раціональний розподіл медичного майна та забезпечення своєчасної доставки відповідно до завдань військ, характеру та обсягу роботи медичних підрозділів і військово-медичних закладів.

7.7. Включення (постановка) військової частини на медичне постачання здійснюється на підставі наказу (директиви) та атестату, виданого за місцем попередньої підпорядкованості.

7.8. Окремі військові частини, в штаті яких передбачені посади лише фельдшера чи лікаря, або які взагалі не мають медичного персоналу, за окремим розпорядженням органу управління медичною службою можуть бути прикріплені для здійснення медичного постачання до найближчої військової частини, яка має аптеку.

7.9. Керівництво діяльністю медичної служби з питань медичного постачання покладається на начальника медичної служби військової частини. Він несе відповідальність за забезпечення медичних підрозділів та всієї військової частини медичним майном і має здійснювати постійний контроль за його збереженням, раціональним використанням (витратами), ремонтом, за станом обліку та звітності.

7.10. Безпосереднє виконання комплексу завдань щодо всебічного забезпечення медичної служби військової частини медичним майном (визначення потреби, витребування, отримання, видача, облік, зберігання та захист медичного майна, складання звітних документів, організація технічного обслуговування, поточного ремонту медичних апаратів та приладів, які потребують складного ремонту) покладається на особовий склад аптеки медичного пункту (медичної роти).

7.11. Заявки на медичне майно подаються за схемою “знизу – вгору” через органи постачання, безпосереднє постачання організовується та здійснюється за схемою “зверху – вниз” через медичні склади або аптеки зворотними рейсами санітарного транспорту.

7.12. Поняття медичне майно включає різні матеріальні засоби, призначені для надання медичної допомоги, лікування та профілактики бойових уражень і захворювань, виконання різних діагностичних та допоміжних заходів. Номенклатура медичного майна відрізняється за своїм переліком та призначенням. З метою організації належного обліку, зберігання та визначення потреби у медичному майні воно систематизовано.

7.13. За обліковими ознаками медичне майно поділяється на витратне та інвентарне.

До **витратного** медичного майна належать предмети, які витрачаються безпосередньо (одноразово) під час їх використання (лікарські засоби, перев’язувальні засоби, реактиви тощо) або стають непридатними до подальшого використання за відносно короткий термін їх застосування (хірургічні та ін’єкційні голки, пробірки тощо).

До **інвентарного** медичного майна належать предмети, які знаходяться в експлуатації протягом тривалого часу та застосовуються багаторазово (апарати, прилади, інструменти тощо). У зв’язку з цим на інвентарне майно встановлюються відповідні терміни експлуатації.

7.14. Якісний стан інвентарного майна обліковується за категоріями придатності :

I категорія – нове медичне майно, яке не було в експлуатації, з невичерпаним терміном гарантійних зобов’язань виробника;

II категорія – медичне майно, яке знаходиться в експлуатації, вийшло з ремонту або потребує поточного ремонту, а також нове медичне майно, яке не було в експлуатації, але з вичерпаним терміном гарантійних зобов’язань виробника;

III категорія – медичне майно, яке потребує середнього ремонту;

IV категорія – медичне майно, яке потребує капітального ремонту;

V категорія – медичне майно, яке не придатне до використання та підлягає списанню.

7.15. Відповідно до порядку постачання медичне майно поділяється на медичне майно спеціального призначення та медичне майно загального призначення.

7.16. До медичного майна спеціального призначення належить скорочена номенклатура витратного медичного майна, яке найбільш необхідне для надання медичної допомоги та лікування поранених і хворих на етапах медичної евакуації в ході бойових дій (анальгетики, антибіотики, антидоти,

кровозамінні засоби, сироватки, перев'язувальні засоби, системи для переливання крові тощо). Номенклатура медичного майна спеціального призначення визначається Командуванням медичних сил.

7.17. До медичного майна загального призначення належать витратні предмети та оснащення, які необхідні для забезпечення поточних потреб медичної служби.

7.18. Для зручності розгортання функціональних підрозділів та ефективності постачання під час бойових дій медичне майно зосереджується та доставляється в комплектах медичного майна.

7.19. Комплект медичного майна являє собою сукупність лікарських препаратів, предметів та інших видів майна, регламентованих за складом і кількістю для надання медичної допомоги або для оснащення функціональних підрозділів етапу медичної евакуації.

7.20. Комплекти медичного майна поділяються на функціональні та комплекти спеціального призначення.

Функціональні комплекти призначені для оснащення функціональних підрозділів етапу медичної евакуації та забезпечують роботу персоналу у визначених обсягах.

Комплекти спеціального призначення містять витратні медичні матеріали (лікарські засоби, перев'язувальні засоби) та розраховані для надання медичної допомоги на певну кількість поранених (хворих).

7.21. Описи комплектів, сумок, аптечок та наборів хірургічних інструментів визначені Збірником описів комплектів медичного майна.

7.22. Норми забезпечення медичним майном розробляються з урахуванням величини та структури очікуваних санітарних втрат, виду та обсягів медичної допомоги на етапах медичної евакуації, прийнятих методик та стандартів профілактики, діагностики та лікування захворювань з розрахунку на кількість особового складу, кількість розгорнутих ліжок медичного підрозділу чи лікувального закладу або надання медичної допомоги на визначену кількість санітарних втрат.

7.23. Медичне майно в табелях до штату військових частин представлено комплектами, наборами, сумками, аптечками та окремими предметами (індивідуальні засоби захисту, ноші санітарні тощо) за кількісними показниками. Табельне медичне майно забезпечує розгортання всіх штатних функціональних підрозділів медичної служби та виконання ними заходів щодо надання медичної допомоги встановленого виду у визначених обсягах.

7.24. Забезпечення медичним майном військових частин починається з визначення потреби. Потреба військової частини в медичному майні на особливий період розраховується на майбутні бойові дії або на календарний період. Вихідними даними є норми медичного майна, передбачені табелем до штату військової частини, та фактична потреба військ і медичних підрозділів. У період підготовки та під час бойових дій потреба у медичному майні військової частини визначається переважно комплектами спеціального призначення.

7.25. Вихідними даними для визначення потреби у медичному майні на майбутні бойові дії є величина та структура очікуваних санітарних втрат, встановлений вид та обсяг медичної допомоги, призначення та розрахункова можливість комплектів спеціального призначення.

7.26. За вказівкою вищого органу управління медичної служби потребу військової частини в медичному майні спеціального призначення може бути визначено за розрахунковими нормами витрат медичного майна на 1000 санітарних втрат від виду зброї та її уражаючих факторів або на 1000 особового складу.

7.27. Витребування медичного майна спеціального призначення здійснюється за донесеннями про наявність та потребу, а також за окремими заявками фактичної потреби. Донесення та заявки подаються у терміни, визначені Табелем термінових донесень. Перелік та кількість витребуваного медичного майна повинні забезпечувати заходи медичної допомоги у повному обсязі на весь період. Слід уникати накопичення надлишків медичного майна, що призводить до перевантаження штатного транспорту та зниження маневреності медичних підрозділів.

7.28. Прийняття медичного майна проводиться начальником аптеки або посадовою особою, на яку покладено обов'язки щодо прийняття та видачі медичного майна. Якщо отримане медичне майно не має дефектів та розходжень по кількості, вантажовідправнику надсилається підтвердження про прийняття майна. У разі надходження медичного майна без супроводжуючих документів або за наявних ознак псування чи недостачі, для його прийняття командиром військової частини призначається комісія та складається акт прийняття. Особлива увага приділяється наявності отруйних, психотропних та наркотичних лікарських засобів у комплектах, сумках та аптечках.

7.29. Медичне майно, яке надійшло до військової частини, оприбутковується в книгах обліку матеріальних засобів. Обліку підлягає все медичне майно незалежно від джерел надходжень.

7.30. У медичних підрозділах обліковуються лише інвентарне медичне майно та лікарські засоби, віднесені до отруйних, психотропних та наркотичних речовин. Облік інвентарного та витратного медичного майна ведеться окремо. Медичне майно, що міститься у комплектах, сумках, наборах та аптечках, обліковується комплектами і наборами згідно з описами до них.

7.31. В аптеці військової частини ведеться облік медичного майна за всі медичні підрозділи.

7.32. У військових частинах, які не мають штатних аптек, матеріально відповідальною особою є начальник медичної служби військової частини, який веде облік медичного майна.

7.33. Порядок організації та ведення обліку медичного майна визначається Міністерством оборони України.

7.34. Забезпечення медичним майном військових частин у період їх формування здійснюється таким чином. Медичне майно непорушного запасу в мирний час зберігається в непорушному запасі. За розпорядження на одержання майна зі складу непорушного запасу начальник аптеки одержує його та перевіряє кількість і за вказівкою начальника медичної служби розподіляє по підрозділах.

7.35. В особливий період майно за нормами мирного часу згідно з розпорядженням довольчого органу здається на медичний склад або передається іншим частинам, крім медичного майна, призначеного для забезпечення військової частини у разі її переміщення в район формування. Задоволення цієї потреби, а також забезпечення надання медичної допомоги пораненим (хворим, ураженим) під час відмобілізування та оперативного розгортання здійснюється за рахунок перехідних запасів поточного постачання, які утримуються у військових частинах у розмірі тримісячної потреби. Номенклатура та кількість майна, необхідного на час переміщення військової частини, визначається наказом Генерального штабу Збройних Сил України. Майно, отримане з непорушеного запасу до початку бойових дій, використовувати забороняється.

7.36. Забезпечення медичним майном під час відмобілізування здійснюється таким чином. У період відмобілізування начальник аптеки (або формувач) поповнює комплекти медичним майном, яке в непорушному запасі не зберігалось. Це майно поповнюється за рахунок створених запасів. Військові частини постійної бойової готовності зберігають у непорушному запасі комплекти за повною нормою.

7.37. Рухома техніка додатково оснащується відповідними медичними аптечками. У цей же період особовий склад одержує предмети індивідуального медичного оснащення. Видача перев'язувальних та протихімічних пакетів, а також аптечок може проводитися медичним складом по підрозділах або на пункті прийняття особового складу, проте завжди має супроводжуватися чітким інструктажем з метою недопущення передчасного або нецільового використання медичного оснащення.

7.38. Стрільці-санітари відділень, бойові медики взводів і старші бойові медики рот одержують СМС, СМВ, НМЗС та НМЗСІ, лямки медичні носильні, шоломи для поранених в голову та санітарні ноші.

7.39. У разі коли майно, призначене для відмобілізування, зберігалось в іншій військовій частині, формувач повинен перевірити наявність отруйних, наркотичних, психотропних лікарських засобів та спиртів. Начальник медичної служби може виділяти на допомогу начальнику аптеки одного-двох фельдшерів або санітарних інструкторів для прискорення прийняття майна.

7.40. Особлива увага приділяється комплектності рухомої медичної та спеціальної техніки, укомплектованості їх медичним майном, перевірці стану ходової частини.

7.41. Під час підготовки до бойових дій насамперед уточнюються:

забезпеченість медичних підрозділів індивідуальним, груповим медичним оснащенням, сумками, комплектами, апаратами, приладами тощо;

потреба в комплектах спеціального призначення (АНТ, Б-1, Б-2, Б-3, Б-4, ІЛЗ, ЛЗ, ЛЗТ, ЛЗХ тощо), виходячи з розрахункових обґрунтувань комплектів;

можлива потреба в кровозамінниках та інших видах майна, яке не входить до складу медичних комплектів, виходячи з встановленої норми на одного пораненого (хворого) з урахуванням уражень, їх локалізації, ступеня тяжкості та інших даних;

потреба у резерві медичного майна на випадок непередбаченого збільшення витрат, перебоїв у його підвозі або для ліквідації осередків масових санітарних втрат.

7.42. Розмір резерву визначає начальник медичної служби. Як правило, в резерві можуть зберігатися перев'язувальні засоби та комплекти спеціального призначення (АНТ, Б-1, Б-2, Б-4, ІЛЗ, ЛЗ, ЛЗТ, ЛЗХ тощо).

7.43. Для поповнення запасів медичного майна, якого не вистачає до встановлених табельних норм, терміново подається заявка для його отримання до початку бою.

7.44. В аптеці створюється запас очищеної води, проводиться стерилізація перев'язувальних засобів, операційної білизни тощо. У цей період закінчується

поточний ремонт медичної техніки. Апарати та прилади, які потребують середнього та капітального ремонту, відправляються на медичний склад довольчого органу для заміни на справні.

7.45. У період підготовки до бойових дій проводяться роботи щодо підвищення захисних властивостей тари та упаковки, в якій зберігається та транспортується медичне майно.

7.46. Під час бойових дій забезпечення підрозділів медичної служби майном спеціального призначення проводиться за фактичною потребою. Медичне майно видається на підставі заявок (вимог) та донесень встановленої форми, що надходять. У необхідних випадках майно з аптеки видається без заявок за розпорядженням начальника медичної служби. Під час бойових дій основні зусилля зосереджуються на безперервному та повному забезпеченні медичним майном тих військових частин і підрозділів, які виконують головне завдання.

7.47. Видача (підвезення) медичного майна проводиться: підрозділам бригади – з аптеки медичної роти; військовим частинам, що перебувають у безпосередньому підпорядкуванні оперативного угруповання військ,

з медичного складу довольчого органу; військовим частинам, які не мають за штатом медичного персоналу,

з аптеки військової частини, до якої вони прикріплені на забезпечення.

7.48. Запаси медичного майна в аптеці поповнюються до встановлених норм до кінця кожного дня, а в термінових випадках – негайно.

7.49. Враховуючи високі темпи пересування військ в сучасному бою, медичне майно аптеки та військових підрозділів перед боєм повинно бути завантажено на автомобілі в порядку, зручному для видачі його з ходу.

7.50. Під час пересування в колоні аптека видає на короткочасних зупинках необхідне майно лікарям (фельдшерам), бойовим медикам взводів та старшим бойовим медикам рот. Під час бою майно може видаватися без заявок, але зі складанням після бою акта про його використання.

7.51. У певних випадках потреба етапу медичної евакуації в медичному майні забезпечується за рахунок резерву за розпорядженням начальника медичної служби. Подача медичного майна для поповнення бойових втрат та підвищеної витрати проводиться негайно.

7.52. З метою підвищення живучості системи медичного забезпечення військ керівництво медичної служби має прогнозувати можливі втрати медичних ресурсів (особового складу, матеріальних засобів) та розробляти

заходи щодо їх своєчасного відновлення шляхом використання резерву та маневру під час бойових дій.

7.53. Надводні кораблі, катери (судна) забезпечуються медичним майном по місцю постійного базування з аптеки військово – морської бази або відділу забезпечення медичним майном ВМКЦ, до якого вони прикріплюються розпорядженням відповідного органу управління.

7.54. Кількість норм медичного майна, належного кораблю, катеру (судну) оголошується в таблиці постачання до його штату.

7.55. Щоб уникнути псування від дії несприятливих корабельних приміщень лікарські засоби необхідно зберігати в справжній заводській (складський) упаковці. Розкривати упаковку слід лише тоді, коли вміст раніше розкритої упаковки витрачений повністю. Ретельно оберігаються від механічних пошкоджень упаковки стерильних систем для взяття і переливання крові, шприців разового застосування, пакетів з операційною білизною, спецодягом хірурга і перев'язувальними матеріалами.

7.56. Установка і експлуатація медичної техніки на кораблі проводиться в точній відповідності з вимогами інструкцій, що додаються до неї. В цілях попередження аварій і нещасних випадків до обслуговування медичної техніки допускаються особи медичного складу, навчені і твердо знаючі правила експлуатації і техніки безпеки. До обслуговування барокамер, парових стерилізаторів (автоклавів) і балонів для стислих і зріджених медичних газів допускаються тільки особи не молодше 18 років, навчені за відповідною програмою і отримали спеціальні посвідчення.

7.57. За узгодженням з командирами бойових частин (служб) і дозволу командира корабля до проведення поточного (профілактичного) ремонту медичної техніки можуть притягуватися корабельні фахівці, добре знайомі з пристроєм (схемами) і правилами експлуатації медичної техніки, що знають техніку безпеки.

7.58. Забезпечення корабля медичним майном в період підготовки до походу, під час походу і після нього

В період підготовки до походу здійснюються наступні заходи:
перевіряються терміни придатності лікарських засобів і інших препаратів;
визначається технічний стан медичної апаратури і приладів;
поповнюються запаси медичного майна.

Запаси майна поповнюються з урахуванням завдань, умов плавання, підсилення корабля медичними фахівцями.

У випадках передбачуваних заходів корабля в порти і пункти тимчасового базування з неблагополучною або нестійкою епідеміологічною

обстановкою додатково вимагаються дезінфікуючі засоби, препарати для профілактики і лікування найбільш поширених в цих районах захворювань. Потреба в майні в таких випадках розраховується на вірогідну кількість хворих, обсяг екстреної профілактики і дезінфекційних заходів відповідно до прийнятих схем. У разі підсилення медичної служби корабля на період походу лікарями-фахівцями, якщо робота їх не забезпечується табельним оснащенням, майно вимагається по фактичній потребі цієї групи, тобто по заявці, складеній спільно з цими фахівцями.

Справність медичної техніки перевіряється у дії. При перевірці звертається увага на терміни таврування манометрів, стан сполучних вузлів, прокладок, запобіжників і інших частин і деталей. При необхідності проводиться поточний (профілактичний) ремонт медичної техніки.

Всі несправні апарати і прилади, ремонт яких не може бути виконаний на кораблі, а також ті, що мають потребу в середньому і капітальному ремонті завчасно здаються на медичний склад. Якщо до запланованого терміну виходу корабля в море ремонт не буде проведений, замість зданої апаратури вимагається нова. Перевіряється також наявність медичного кисню в балонах. Неповні балони замінюються.

При перевірці термінів придатності медичного майна поточного постачання і недоторканного запасу звертається увага на лікарські засоби для ін'єкцій, очні краплі, антибіотики, кровозамінники, бактерійні препарати, системи для переливання крові, шприци разового користування.

Перевіряється цілість упаковки стерильної операційної білизни, спецодягу хірурга і готових перев'язувальних матеріалів.

Всі предмети, термін придатності яких закінчується раніше планованого терміну повернення з походу, підлягають заміні.

Дооснащення кораблів в морі проводиться по позачерговим заявкам судами забезпечення, що мають для цих цілей на борту спеціальні запаси медичного майна.

Після повернення кораблів в базу запаси медичного майна поповнюються до встановлених норм, списується інвентарне майно, що прийшло в непридатність, і проводиться ремонт медичної техніки.

8. МЕДИЧНА РОЗВІДКА

8.1. Медична розвідка є важливою складовою системи медичного забезпечення військ та основою планування медичного забезпечення.

Дані медичної розвідки використовуються для планування підготовки та застосування військ.

8.2. Завданнями медичної розвідки є:

дослідження санітарно-епідемічного стану району майбутніх бойових дій (ймовірні джерела заносу інфекцій у війська від цивільного населення, а в ході бойових дій – від противника та з природних джерел, умови життя та побуту населення, стан комунально-побутового господарства, наявність і характер

інфекційних захворювань та епізоотій, інші фактори, що можуть вплинути на санітарно-епідемічний стан військ);

оцінка санітарного стану маршрутів пересування військ, а також будівель і приміщень, призначених для розміщення особового складу;

визначення наявності та стану об'єктів і ділянок місцевості, які можуть бути використані для розгортання етапів медичної евакуації, постів санітарного транспорту, організації виносу (вивозу) поранених з поля бою, наявності доріг для проведення медичної евакуації, а також злітно-посадкових смуг (площадок) для проведення аеромедичної евакуації;

встановлення наявності та стану цивільних лікувально-профілактичних закладів, а також медичного персоналу та медичного майна в них.

8.3. Основними вимогами до медичної розвідки є достовірність, своєчасність, безперервність, спадкоємність, цілеспрямованість та активність.

8.3.1. Медична розвідка повинна бути, перш за все, достовірною, тобто забезпечувати дані, що повністю відповідають фактичній обстановці. Достовірність даних, які отримуються під час проведення медичної розвідки, забезпечується ретельним підбором виконавців, чіткою постановкою завдань, співставленням і порівнянням даних, що надходять з різних джерел, та повторною їх перевіркою.

8.3.2. Медична розвідка повинна своєчасно забезпечувати даними, які є важливими для завчасного проведення профілактичних заходів і підготовки медичної служби до роботи в новій обстановці.

8.3.3. В особливий період, особливо під час активної фази застосування військ, умови, що впливають на роботу медичної служби, швидко змінюються в часі. Тому дані про бойову, медичну та тилову обстановку повинні збиратися не епізодично, а постійно і безперервно усіма органами управління медичної служби.

8.3.4. Медична розвідка має бути спадкоємною, оскільки дані, що надходять, використовуються не лише начальником медичної служби, який організував розвідку, а й повинні повідомлятися старшому начальнику медичної служби та іншим медичним начальникам, для яких вони можуть мати важливе значення.

8.3.5. Цілеспрямованість медичної розвідки полягає в чіткому підпорядкуванні її завданням медичного забезпечення та зосередження основних її зусиль на важливих напрямках (районах, об'єктах).

8.3.6. Активність медичної розвідки забезпечується наполегливим добуванням усіма можливими способами необхідних розвідувальних даних.

8.4. Залежно від завдань, що вирішуються, медична розвідка має медико-тактичний, санітарно-епідеміологічний та радіаційно-хімічний характер. Санітарно-епідеміологічна та радіаційно-хімічна розвідки проводяться за безпосередньою обов'язковою участю фахівців санітарно-епідеміологічних управлінь регіону відповідальності.

8.4.1 Медико-тактична розвідка спрямована на збір даних про умови місцевості, необхідні для організації практичної роботи того чи іншого медичного підрозділу (військово-медичного закладу) або етапу медичної евакуації. У ході її проведення визначається характер місцевості,

де передбачається розташування (розгортання) медичних підрозділів та військово-медичних закладів, оцінюється придатність доріг для руху санітарного транспорту, наявність будівель (приміщень, пристосувань),

які можна використати для розміщення та лікування поранених (уражених, хворих), визначаються цивільні лікувально-профілактичні заклади, медичний персонал і медичне майно та можливості їх використання в інтересах медичного забезпечення військ.

8.4.2 Санітарно-епідеміологічна розвідка спрямована на збір даних про умови, що впливають на санітарний стан військ і можуть призвести

до занесення у війська інфекційних захворювань. До цих даних повинні бути віднесені дані про санітарно-епідемічний стан району розгортання або дій військ: захворюваність серед місцевого населення, стан джерел води, умови розквартирування військ, наявність переносників інфекцій, епізоотії свійських тварин, гризунів, природні джерела збудників інфекцій, місцеві ресурси протиепідемічного забезпечення тощо.

Різновидом санітарно-епідеміологічної розвідки є біологічна розвідка, яка здійснюється у разі загрози застосування біологічної зброї. У загальному комплексі завдань біологічної розвідки на медичну службу покладаються:

участь у визначенні меж осередків біологічного зараження;

визначення виду застосованих засобів біологічного ураження шляхом проведення відповідних лабораторних досліджень (з використанням штатних лабораторій медичних пересувних (ЛМП) санітарно-епідеміологічних закладів);

санітарно-епідеміологічне спостереження за районами розташування та застосування своїх військ.

8.4.3 Радіаційно-хімічна розвідка спрямована на збір даних про місцевість і населені пункти, найбільш безпечні у випадку застосування противником ядерної та хімічної зброї, про наявність будівель, придатних для розгортання в них підрозділів і закладів медичної служби, про місцеві засоби, які можуть бути використані з метою протирадіаційного та протихімічного захисту.

Крім того, в ході її проведення визначаються отруйні та радіоактивні речовини та їх концентрація у разі зараження ними води і продовольства.

Ця розвідка ведеться лише в інтересах безпосереднього забезпечення даного медичного підрозділу або військово-медичного закладу. Організація

радіаційно-хімічної розвідки передбачається в плані розміщення, захисту, охорони та оборони медичного підрозділу чи військово-медичного закладу.

8.5. У медичних підрозділах і військово-медичних закладах радіаційна та хімічна розвідка організовується їх командирами (начальниками) у взаємодії з фахівцями санітарно-епідеміологічної служби.

8.6 Розвідка здійснюється в інтересах медичних підрозділів і військово-медичних закладів на:

- етапах медичної евакуації;
- шляхах евакуації поранених (уражених, хворих);
- маршрутах переміщення сил і засобів медичної служби;
- майданчиках для розгортання (місць розміщення) медичних підрозділів і військово-медичних закладів.

8.7. Радіаційну та хімічну розвідку здійснює санітарний інструктор-дозиметрист, який працює на сортувальному посту. Під час руху (розвідування нових районів розгортання тощо) санітарний інструктор-дозиметрист залучається до складу рекогносцирувальної групи та діє як розвідувальний дозор.

8.8. Завданнями радіаційної та хімічної розвідки є:

- своєчасне виявлення факту радіоактивного чи хімічного зараження та сповіщення про забруднення місцевості;
- визначення рівня радіації чи типу отруйної речовини на місцевості, в районі свого розташування;
- встановлення меж зараженої території та пошук шляхів обходу заражених районів;
- виявлення маршрутів, ділянок, будівель, придатних для розгортання в них медичних підрозділів і військово-медичних закладів, не заражених отруйними речовинами або з найменшими рівнями радіації.

8.9. В інтересах безпеки військ відбираються для дослідження проби води та продуктів харчування, які знаходились на зараженій місцевості.

Проби також відбираються для лабораторних досліджень концентрації отруйних і радіоактивних речовин у разі підозри зараження ними води та продовольства.

8.10. Радіаційна та хімічна розвідка ведеться лише в інтересах безпосереднього забезпечення даного медичного підрозділу або військово-медичного закладу. Організація її ведення передбачається в планах розміщення, захисту, охорони та оборони медичного підрозділу та військово-медичного закладу. Для ведення радіаційної та хімічної розвідки медична служба має табельні прилади, які дозволяють встановити рівень радіації та наявність основних отруйних речовин на місцевості, в продуктах харчування та воді.

8.11. Медична розвідка може вестися окремо медичними працівниками різної кваліфікації (санітарними інструкторами, фельдшерами, лікарями, лікарями-спеціалістами, наприклад, епідеміологами), розвідувальними групами у складі декількох медичних працівників або санітарно-епідеміологічними закладами в повному складі або окремими їх підрозділами. Медична розвідка ведеться на всіх рівнях медичної служби – від старшого бойового медика роти до Командування медичними силами.

8.12. Основними способами медичної розвідки є:

безпосереднє обстеження території та окремих об'єктів;

взяття, за необхідності, матеріалів для дослідження у людей та тварин, відбір проб з об'єктів зовнішнього середовища для дослідження на місці або для відправлення в санітарно-епідеміологічний заклад;

збирання даних шляхом опитування місцевих медичних працівників та населення;

вивчення військових медико-географічних описів відповідних районів;

участь у допитах військовополонених, зокрема медичних працівників,

і вивчення документів, захоплених у противника.

8.13. Медичну розвідку в оперативному командуванні (бригаді) організовує відповідний начальник медичної служби у взаємодії з фахівцями санітарно-епідеміологічних закладів. Вона ведеться спеціально визначеною групою або окремими особами, які виконують свої завдання самостійно або включаються до складу військової (тилової, інженерної) розвідки.

8.14. Під час організації медичної розвідки необхідно зосередити її сили та засоби і спрямувати їх для дослідження або уточнення лише тих питань, які залишаються нев'ясненими після використання отриманих раніше даних. Розвідувальні дані, отримані різними способами, повинні доповнювати та уточнювати один одного. Після їх узагальнення вони наносяться на робочу карту відповідних посадових осіб медичної служби.

8.15. Завдання на організацію та проведення медичної розвідки доводяться до виконавців усними або письмовими розпорядженнями начальника медичної служби. У цих розпорядженнях, як правило, зазначаються:

об'єкти розвідки та завдання, що мають бути вирішені на кожному з них;

склад груп і від кого виділяється особовий склад, старші груп, засоби зв'язку та пересування;

час початку та закінчення розвідки;

час і місце доповіді результатів розвідки.

8.16. Начальник медичної служби, який організовує розвідку, перед тим як поставити завдання виконавцям, повинен з'ясувати, які саме питання медичної обстановки потребують уточнення та до якого терміну необхідно ці

дані отримати. Алгоритм організації та проведення медичної розвідки наведено на рисунку 5.

8.17. Попередня робота начальника медичної служби з організації медичної розвідки полягає першочергово у з'ясуванні майбутнього бойового завдання військової частини та вивченні району майбутніх бойових дій.

Потім необхідно ознайомитися з наявними даними про медичну обстановку, а також визначити час, який є у розпорядженні медичної служби для проведення розвідки та отримання її результатів, виходячи із термінів виконання військовою частиною бойового завдання. Після того, як весь матеріал, що є у розпорядженні начальника медичної служби, вивчено та відпрацьовано, він формулює конкретні завдання розвідки, визначає склад групи та кваліфікацію осіб, які залучаються до медичної розвідки, а також транспортні засоби і матеріальне оснащення для проведення розвідки.

8.18. Начальник медичної служби доводить до виконавця медичної розвідки (старшого групи медичної розвідки, окремії особі) загальну інформацію про майбутнє бойове завдання військової частини та медичну обстановку, визначає маршрут руху, транспортні засоби і засоби спеціального оснащення, що виділяються, а також порядок, місце та терміни подачі донесень. Завдання медичної розвідки мають бути чітко і точно сформульовані, найкраще у письмовій формі, а маршрут руху та район розвідки показані на карті або схемі.

Після закінчення інструктажу начальник медичної служби має перевірити правильність розуміння розвідниками поставлених перед ними завдань, порядку проведення розвідки і термінів подачі донесень.

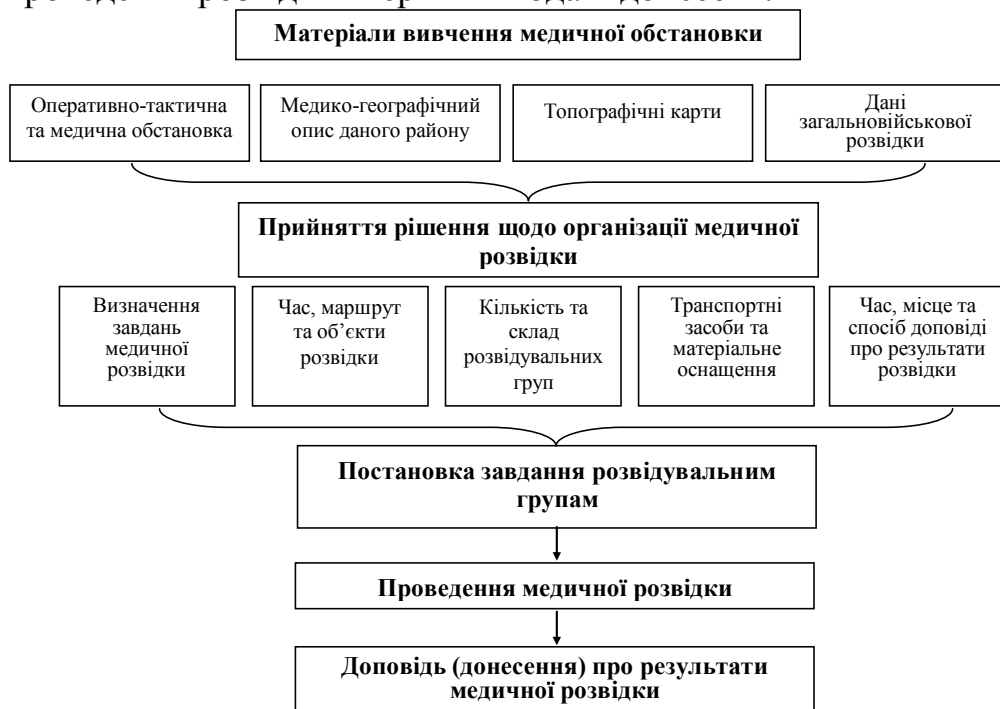


Рисунок 5 — алгоритм організації та проведення медичної розвідки.

8.19. Після отримання завдання про порядок та терміни проведення розвідки, виконавець медичної розвідки (старший групи, окрема особа), з'ясовує поставлене завдання і порядок його виконання. Всі неясні питання уточнюються у начальника медичної служби, який організовує розвідку. Після цього вивчається на карті визначений для медичної розвідки район, намічається маршрут руху та складається робочий план проведення розвідки. У робочому плані зазначаються послідовний перелік об'єктів і завдань розвідки із визначенням часу, необхідного для досягнення району розвідки, для переміщення від одного об'єкта до іншого, а також часу для обстеження кожного об'єкта, оформлення результатів розвідки та направлення донесень.

8.20. Після забезпечення себе всім необхідним для проведення медичної розвідки та складання робочого плану група медичної розвідки (окрема особа) може розпочинати виконання поставленого завдання.

8.21. План організації та проведення медичної розвідки включає:

- склад групи (перелік спеціалістів і допоміжного складу);
- основне завдання;
- об'єкти (райони) обстеження;
- етапи проведення роботи;
- матеріальне оснащення;
- транспортні засоби;
- порядок доставки проб;
- систему зв'язку та управління.

8.22. Джерелами отримання даних можуть бути: особисте обстеження об'єктів розвідки і виконання простих досліджень за допомогою реактивів, що знаходяться в комплектах (наборах), та приладів; місцеві заклади охорони здоров'я або місцеві органи влади; місцеве населення. Найбільш достовірні дані можна отримати лише при особистому обстеженні об'єктів розвідки. Достовірними можуть вважатися дані, отримані від місцевого населення, місцевих органів влади та персоналу лікувальних закладів, якщо вони підтверджуються.

8.23. У донесення за результатами медичної розвідки включаються лише достовірні дані. Важливі дані, для встановлення повної достовірності яких в осіб, які проводять медичну розвідку, не було необхідних засобів і знань, також включаються в донесення. У донесенні необхідно зазначити, коли та через кого ці дані отримані, а також які сили і засоби, куди та до якого терміну повинні бути надані для повного з'ясування та підтвердження чи спростування цих даних.

8.24. Медичні розвідники можуть повідомляти отримані ними дані розвідки шляхом особистої доповіді начальнику медичної служби, який організував розвідку, а також письмового донесення або складання звітної

картки (додаток 1). Донесення має бути коротким, стислим та зрозумілим, із зазначенням джерел, з яких отримані дані. Письмове донесення складається за формою, встановленою для польових документів, та завіряється підписом розвідника.

8.25. Звітна картка являє собою схему обстеженого району, на якій умовними географічними позначеннями відмічаються усі дані, що становлять інтерес для медичної служби. Те, що не може бути зображено на схемі графічно, викладається у вигляді стислої пояснювальної записки до схеми, яка складається за пунктами і розміщується на полях звітної картки, на вільному від креслення місці. Як і вся схема, звітна картка повинна мати назву відповідно до свого змісту, позначення сторін світу, пояснення умовних знаків, масштаб, підпис розвідника і дату складання (додаток 1).

8.26. У разі тривалого перебування військ на одній і тій же території збір даних про санітарно-епідемічний стан та їх вивчення здійснюється шляхом санітарно-епідеміологічного нагляду. Для цього вся територія, на якій розташовуються війська, поділяється на райони. Ці райони закріплюються за медичними підрозділами, військово-медичними закладами, санітарно-епідеміологічними закладами, які й здійснюють санітарно-епідеміологічний нагляд, що дозволяє своєчасно виявляти інфекційні захворювання та інші зміни в санітарно-епідемічному стані району.

8.27. Особливого значення набуває чітка організація проведення медичної розвідки під час ведення бойових дій у наступі. Особливе значення при цьому має своєчасне отримання даних про санітарно-епідемічний стан районів, що звільняються від противника. Тому під час підготовки до наступальних бойових дій здійснюється ретельне вивчення всіх даних про санітарно-епідемічний стан районів, по яких планується просування військ.

У ході наступу перед медичною розвідкою ставиться завдання щодо виявлення епідемічних осередків в районах, що захоплюються (займаються) військами, термінового їх знешкодження та ліквідації.

8.28. Внаслідок можливості швидкої зміни епідемічної обстановки в районах бойових дій (переміщення населення, повернення біженців тощо) виникає потреба в проведенні повторних досліджень. Доцільне ешелонування медичної розвідки так, щоб кожний наступний ешелон міг використати дані, отримані попереднім, та доповнював його роботу.

Перший ешелон медичної розвідки організовується за рахунок сил та засобів медичної служби військових частин. Його завдання полягає в тому, щоб виявити осередки інфекційних захворювань, радіаційних та хімічних уражень і попередити про це війська. Наступний ешелон медичної розвідки є більш потужним і складається із сил та засобів медичної служби оперативного угруповання військ. Його завдання полягає в подальшому виявленні нових осередків, уточненні змін санітарно-епідемічної обстановки.

8.29. Під час пересування військ медична розвідка ведеться, перш за все, за основними комунікаціями. В усіх випадках основна увага медичної розвідки повинна бути приділена районам і напрямкам, де зосереджена основна частина військ і де знаходяться об'єкти, що мають особливе значення для медичної служби.

8.30. Особливо важливе проведення заходів медичної розвідки під час здійснення військовими частинами маршу. Підвищена потреба у воді на марші обумовлює необхідність завчасно знати місця розташування джерел води з доброякісною водою для пиття і приготування їжі. Привали, місця денного (нічного) відпочинку призначаються в найбільш зручних місцях, де є все необхідне (вода, паливо, приміщення тощо). Разом з тим не можна допускати, щоб на марші особовий склад зазнавав загрози інфікування збудниками інфекційних хвороб внаслідок розташування в населених пунктах, де є або нещодавно були інфекційні хворі, що обумовлює необхідність ретельного вивчення маршруту руху до початку маршу.

9. МЕДИЧНИЙ ОБЛІК ТА ЗВІТНІСТЬ

9.1. Загальні положення

9.1.1. Під військово-медичним обліком та звітністю в особливий період слід розуміти розроблену на основі військово-медичної статистики, інформатики і кібернетики систему збору, обробки та аналізу інформації про санітарні втрати, здоров'я військовослужбовців та стан медичного забезпечення військ.

9.1.2. Основою військово-медичного обліку та звітності є функціонування системи уніфікованих облікових та звітних документів, а також єдиних правил їх ведення: реєстрації та аналізу інформації, що заноситься до них.

9.1.3. Головним принципом військово-медичного обліку та звітності є оформлення документів за обов'язковою для дотримання спеціально розробленою формою, регламентованою відповідними директивами (наказами), та обов'язковим поданням їх у встановлені терміни до визначених посадових осіб (органів управління).

9.1.4. Збір, обробка, а також науковий аналіз медико-статистичної інформації в особливий період здійснюються з метою:

- організації та планування медичного забезпечення Військово-Морських Сил Збройних Сил України в різних варіантах та умовах застосування;
- оперативного керівництва роботою медичних підрозділів;
- проведення своєчасних та спадкоємних лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

контролю за ефективністю і своєчасністю лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних та інших заходів;
 вивчення та узагальнення результатів діяльності медичних підрозділів;
 своєчасного інформування командування та вищого (старшого) начальника медичної служби про стан медичного забезпечення військових частин та угруповань військ;
 вивчення та наукового обґрунтування вдосконалення діяльності медичних підрозділів, узагальнення та поширення передового досвіду їх роботи в цілому.

9.1.5. Завданнями медичного обліку в особливий період є:

облік санітарних втрат та стану здоров'я особового складу військових частин;
 індивідуальний облік медичної та іншої інформації про поранених і хворих на етапах медичної евакуації;
 облік основних лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних та протиепідемічних заходів;
 облік санітарно-епідемічного стану військ;
 облік руху, результатів та тривалості лікування поранених і хворих на етапах медичної евакуації;
 облік стану сил та засобів військово-медичної служби.

9.1.6. Обов'язковими вимогами до медичного обліку та звітності є їх достовірність, повнота, можливість порівняння та своєчасність подання. Порядок роботи з документами медичного обліку має виключати та унеможлилювати витік інформації з обмеженим доступом, а також несанкціонований доступ до інформації осіб, яких вона не стосується та які до неї не допущені.

9.1.7. Медичний облік в особливий період засновується на лікарській реєстрації і починається з медичних пунктів військових частин та медичних рот бригад. Він здійснюється за допомогою офіційно прийнятих форм медичної документації із застосуванням спеціальних правил реєстрації та аналізу військово-медичних даних.

9.1.8. Основними групами обліково-звітних документів є документи медичного обліку та медичної звітності.

9.1.9. Всі обліково-звітні документи воєнного часу (особливого періоду) мають відповідні номери. Документи медичного обліку, що ведуться за формами мирного часу, зберігають за собою відповідний номер, присвоєний їм у мирний час. Класифікацію обліково-звітних документів на воєнний час (особливий період) наведено на рисунку 6.

9.1.10. Згідно з наведеною класифікацією документи медичного обліку та звітності поділяються на дві групи:

облікові медичні документи (персональної та групової реєстрації);
звітні медичні документи (термінові, позачергові тощо).

9.1.11. Облікові медичні документи забезпечують систематичну реєстрацію за встановленою формою даних, що характеризують санітарні втрати особового складу військ (сил), здоров'я військовослужбовців, а також роботу медичних підрозділів. Ці дані (обліково-статистична інформація) використовуються для складання звітних медичних документів і забезпечення спадкоємності та ефективності лікувально-евакуаційних заходів.

9.1.12. Разом із лікувально-евакуаційним та обліково-статистичним призначенням облікові медичні документи мають важливе юридичне значення, офіційно підтверджуючи факт поранення (ураження, захворювання), його зв'язок з перебуванням у зоні бойових дій, а також відображуючи рівень і зміни стану здоров'я та результати лікування.



Рисунок 6 — класифікація обліково-звітних документів на особливий період.

9.1.13. Звітні медичні документи – це форми статистичного групування та зведення облікових даних про санітарні втрати військових частин, а також про роботу медичної служби за визначені проміжки часу.

9.1.14. Порядок та терміни подання звітних медичних документів визначаються Табелем термінових донесень Генерального штабу Збройних Сил України (далі – Табель).

9.1.15. Відповідальність за організацію медичного обліку та своєчасність подання встановлених документів звітності покладається на відповідних начальників медичної служби.

9.1.16. Забороняється вносити будь-які зміни у встановлені Табелем форми документів медичного обліку або вимагати подання додаткових непередбачених донесень та звітів з медичної служби. Зміни до змісту і порядку ведення документів медичного обліку і звітності можуть вноситися лише на підставі директив Генерального штабу Збройних Сил України.

9.1.17. Облікові медичні документи, що підлягають постійному зберіганню, здаються до Галузевого державного архіву Міністерства оборони України. Документи, що не підлягають зберіганню, знищуються у встановленому порядку. Порядок відправлення або знищення документів медичного обліку зазначено в поясненнях до кожного документа.

9.1.18. У разі розформування або переформування військових частин та військово-медичних закладів звітність з медичної служби складається на день розформування (переформування) та вживаються заходи щодо збереження і здавання до Галузевого державного архіву Міністерства оборони України усієї облікової та звітної медичної документації, що підлягає постійному зберіганню.

9.1.19. Книги та бланки медичного обліку та звітності виготовляються централізовано, забезпечення ними здійснюється через органи управління медичної служби.

9.2. Порядок медичного обліку поранених та хворих

9.2.1. Персональному медичному обліку в медичних підрозділах та військово-медичних закладах підлягають усі поранені (уражені, хворі) військовослужбовці Збройних Сил України, працівники Збройних Сил України та інші особи, які потребують медичної допомоги або стаціонарного лікування. Одиницею обліку є кожний поранений (уражений, хворий) військовослужбовець (працівник Збройних Сил України чи інша особа) незалежно від числа поранень, уражень, захворювань або їх сполучень.

9.2.2. До звітних медичних документів за встановленими формами включаються дані лише про поранених та хворих, які потребують стаціонарного лікування.

9.2.3. Медичний облік поранених і хворих військовослужбовців (працівників Збройних Сил України), які вибули зі строю (втратили працездатність) не менш ніж на 24 години та надійшли на етапи медичної евакуації, де надається лікарська допомога, є одночасно обліком санітарних втрат особового складу Збройних Сил України.

9.2.4. Медичний облік поранених (уражених, хворих) здійснюється відповідно до Міжнародної класифікації хвороб останнього перегляду із спеціальними, призначеними для потреб військової медицини, доповненнями.

9.2.5. Усі поранені (уражені, хворі), які померли як на етапах медичної евакуації, так і на шляху до них, реєструються в документах медичного обліку на тому етапі, куди вони були доставлені. Така вимога має за мету забезпечити повноту обліку санітарних втрат та визначених результатів лікування, а також виявити дефекти в наданні медичної допомоги та медичної евакуації поранених (уражених, хворих).

9.2.6. Персональний облік військовослужбовців, померлих в лікувальних закладах від поранень або хвороб, здійснюється відповідно до Інструкції з організації обліку особового складу Збройних Сил України .

9.3. Одиниці медико-статистичного обліку

9.3.1. Відповідно до завдань медичного обліку, викладених вище, основними одиницями медико-статистичного обліку на особливий період, які знаходять відображення в облікових та звітних медичних документах, є:

- випадок санітарних втрат;
- пролікований (госпіталізований) поранений або хворий;
- оперований поранений (хворий);
- поранений або хворий, що отримував інтенсивну терапію;
- лікувально-діагностичний захід;
- визначений результат лікування пораненого (хворого);
- тривалість лікування пораненого (хворого);
- випадок розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів поранення, захворювання;
- госпітальне ліжко (штатне, розгорнуте, зайняте, вільне);
- ліжко-день;
- стан етапу медичної евакуації (медичного підрозділу або військово-медичного закладу);
- санітарно-епідемічний стан військової частини.

9.3.2. Єдине розуміння та реєстрація вищенаведених одиниць обліку забезпечує достовірність, повноту та порівнянність медико-статистичної інформації.

9.3.3. Одиницею обліку санітарних втрат є військовослужбовець (працівник) Збройних Сил України, що вибув із строю (втратив працездатність) внаслідок поранення або захворювання на термін не менше доби (24 години), та зареєстрований на етапі медичної евакуації, де надається лікарська допомога.

9.3.4. Медичний облік поранених і хворих здійснюється за діагнозами їх поранень, уражень, захворювань. За наявності у пораненого (ураженого, хворого) декількох поранень (уражень, захворювань) усі вони обов'язково реєструються в облікових медичних документах, але оперативний медичний облік санітарних втрат, облік осіб, що лікувались в медичних підрозділах та військово-медичних закладах, а також медична звітність ведуться за діагнозами основних (провідних) поранень (уражень, захворювань).

При цьому необхідно керуватись такими правилами і послідовністю вибору діагнозу основного поранення (ураження, захворювання) та причини смерті:

основним слід вважати первинне (в етіологічному і хронологічному відношенні) поранення (ураження, захворювання), а не його ускладнення;

перевага надається діагнозу більш тяжкого або смертельного поранення (ураження, захворювання);

за наявності гострого і хронічного захворювання основним вважається діагноз гострого захворювання;

діагнозу епідемічного захворювання, ураження мікробними формами біологічної зброї надається перевага перед діагнозами інших захворювань, поранень;

з двох поранень (уражень, захворювань), однакових за тяжкістю, перевага надається тому, котре більш тяжко відображається на боєздатності та працездатності пораненого (ураженого, хворого) або потребує більш складного та тривалого лікування.

Користуючись такою схемою вибору діагнозу основного поранення (ураження, захворювання), слід враховувати, що кожне з вищенаведених правил набуває сили в тому випадку, коли не може бути застосовано попереднє.

9.3.5. Комбінованим ураженням називається результат одночасного або послідовного впливу на людину декількох уражаючих факторів одного (наприклад, ядерної або мінно-вибухової зброї) або різних видів зброї. Прикладом можуть слугувати комбіновані радіаційні ураження, тобто поранення та гостра променева хвороба.

Залежно від кількості та локалізації пошкоджень вогнепальні і невогнепальні травми поділяються на ізольовані, множинні та поєднані.

Ізольованими називаються травми, при яких виникло одне пошкодження тканин, сегментів опорно-рухової системи або внутрішніх органів.

Множинними називаються травми, при яких виникло декілька пошкоджень (одним або декількома снарядами, що ранять, при вогнепальній травмі) в межах однієї анатомічної ділянки тіла.

Поєднаними називаються травми, при яких виникло декілька пошкоджень (одним або декількома снарядами, що ранять, при вогнепальній травмі) в декількох анатомічних ділянках тіла (голова, шия, груди, живіт, таз, хребет, кінцівки).

9.3.6. Госпіталізований поранений (уражений, хворий) – кожний, хто надійшов до медичного пункту військової частини, медичної роти бригади, військового мобільного госпіталю або іншого військово-медичного закладу для стаціонарного лікування або обстеження. В числі тих, хто лікувався, поряд з військовослужбовцями та працівниками Збройних Сил України, можуть бути поранені і хворі військовослужбовці інших військових формувань, союзних армій, військовополонені та інші особи – всі вони підлягають персональному медичному обліку відповідно до цього Статуту.

9.3.7. У військовій частині або військових підрозділах (батальйони, роти та інші) як санітарні втрати обліковуються поранені та хворі, які надійшли до медичного пункту військової частини (медичної роти бригади), отримали там першу лікарську допомогу, і на яких було заповнено первинну медичну картку (додаток 2).

9.3.8. Під час масового надходження поранених (уражених) частина поранених, які не потребують надання невідкладної медичної допомоги на медичному пункті військової частини (в медичній роті бригади), після медичного сортування може бути евакуйована до військового мобільного госпіталю, стаціонарного військового госпіталю та цивільного закладу охорони здоров'я безпосередньо з сортувального майданчика з обов'язковим заповненням первинної медичної картки. Дані про кількість цих поранених, отримані під час складання списків евакуйованих, використовуються для уточнення відомостей про загальну кількість санітарних втрат.

9.3.9. У бригаді загальна кількість санітарних втрат визначається сумарною кількістю поранених і хворих, які надійшли до медичної роти з лінійних підрозділів бригади та підпорядкованих військових частин (якщо такі є), минаючи їх медичні пункти, а також до медичних пунктів підпорядкованих військових частин.

Для характеристики складу (структури) санітарних втрат бригади використовуються дані про поранених і хворих, які надійшли до медичної роти.

9.3.10. В оперативному угрупованні військ загальна кількість санітарних втрат визначається шляхом сумування даних про санітарні втрати всіх військових частин.

9.3.11. Для характеристики складу (структури) санітарних втрат оперативно-тактичного угруповання використовуються сумарні дані про поранених і хворих, які надійшли до медичних рот бригад та безпосередньо до військових мобільних госпіталів, минаючи медичні роти.

9.3.12. В оперативному угрупованні військ відомості про кількість та структуру (склад) санітарних втрат отримуються на основі сумарних даних (з термінових щоденних донесень) про поранених та хворих, які надійшли на етапи медичної евакуації:

до медичних пунктів військових частин;

до медичних рот бригад, минаючи медичні пункти військових частин;

безпосередньо до військових мобільних госпіталів (тобто минаючи медичні пункти військових частин та медичні роти бригад).

При цьому з метою усунення подвійного обліку поранені та хворі, які надійшли до медичних рот бригад з медичних пунктів військових частин або до військових мобільних госпіталів з медичних рот бригад та медичних пунктів військових частин з уже заповненими первинними медичними картками, не враховуються.

9.3.13. Оперованим вважається поранений (хворий), якому було проведено хірургічну операцію, тобто механічний вплив на тканини та органи із застосуванням знеболювання з метою діагностики або лікування.

Одному оперованому може бути проведено декілька хірургічних операцій, кожна з яких підлягає спеціальному медичному обліку. Одночасно з реєстрацією хірургічних втручань обліковуються також вид знеболювання, що застосовувався, ускладнення (за їх наявності) та результат операції.

9.3.14. Спеціальному медичному обліку підлягають поранені та хворі, які отримували протишокову терапію.

9.3.15. Одиницею обліку, що використовується для характеристики обсягів і змісту лікувально-діагностичної роботи, яка проводиться на етапах медичної евакуації, є лікувально-діагностичний захід. До лікувально-діагностичних заходів належать: хірургічні операції, переливання крові та кровозамінників, імобілізація, перев'язки, рентгенологічні та інші діагностичні дослідження, різні фізіотерапевтичні процедури тощо.

9.3.16. Для одноманітності обліку лікувально-діагностичних заходів використовуються їх спеціальні номенклатури (переліки та кодові позначення).

9.3.17. Визначений результат лікування пораненого (ураженого, хворого) – результат закінченого лікування військовослужбовця на етапах медичної евакуації. Визначеним результатом лікування може бути:

виписка після одужання для подальшого проходження військової служби (без змін або із змінами ступеня придатності до військової служби);

звільнення у зв'язку з пораненням або хворобою зі Збройних Сил України (у відпустку, в запас або із зняттям із військового обліку тощо);
летальний результат.

Кожний випадок визначеного результату лікування поранених (уражених, хворих) реєструється в документах медичного обліку з обов'язковим зазначенням для військовослужбовців наявності або відсутності причинного зв'язку поранення (ураження, захворювання) із проходженням військової служби, виконанням службових обов'язків, захистом Батьківщини та участю в діяльності Миротворчих Сил ООН.

9.3.18. Загальна тривалість лікування пораненого (ураженого, хворого) військовослужбовця обліковується в днях. Тривалість перебування пораненого (хворого) військовослужбовця в конкретному лікувальному закладі обліковується (в днях) після його вибуття (евакуації, переведення до іншого закладу, настання визначеного результату лікування).

9.3.19. Випадок розходження клінічного і патологоанатомічного діагнозів поранення (ураження, захворювання) – одиниця обліку, що використовується для оцінки якості діагностичної роботи лікарського складу шляхом співставлення клінічних і патологоанатомічних діагнозів у померлих поранених (уражених, хворих). Розрізняють повне і часткове розходження діагнозів, що порівнюються.

9.3.20. Госпітальне ліжко як одиниця медичного обліку відображає можливість лікувального закладу розмістити одного пораненого (ураженого, хворого) з одночасним забезпеченням його необхідною медичною допомогою, харчуванням і доглядом.

Медико-статистичному обліку підлягають:

ліжка, визначені штатом лікувального закладу, – штатні ліжка;

ліжка, передбачені планом його розгортання, – планові ліжка;

ліжка (місця), фактично підготовлені до прийому поранених і хворих, – розгорнуті ліжка;

ліжка, що відповідають числу поранених і хворих, які знаходяться на лікуванні, – зайняті (використані) ліжка.

Для планування та аналізу використання ліжкового фонду лікувальних закладів застосовується розрахункова одиниця – ліжко-день (одне ліжко, заплановане для використання, фактично розгорнуте або зайняте пораненим, хворим протягом однієї доби).

9.3.21. Стан етапу медичної евакуації визначається короткою функціональною характеристикою його участі в проведенні лікувально-евакуаційних заходів. У донесеннях з медичної служби передбачено відображення таких станів медичних пунктів, медичних рот, госпіталів та інших етапів медичної евакуації:

розгорнутий (готовий до прийому або веде прийом, надання медичної допомоги, лікування поранених і хворих);
 згорнутий (вільний від поранених і хворих, готовий до передислокації);
 передислокується;
 знищений (не може функціонувати в результаті загибелі особового складу та майна);
 розгорнутий по протиепідемічному режиму.

9.3.22. Спеціальному медичному обліку підлягає санітарно-епідемічний стан військової частини (корабля) і району її розташування. Передбачаються чотири оцінки санітарно-епідемічного стану: благополучний, нестійкий, неблагополучний та надзвичайний.

9.4. Порядок ведення і подання звітних медичних документів

9.4.1. Звітні медичні документи складаються та подаються усіма начальниками медичної служби військових частин, оперативних командувань, інших угруповань військ, командирами (начальниками) військово-медичних закладів у терміни та в порядку відповідно до Табеля термінових донесень Генерального штабу Збройних Сил України (далі – Табель).

9.4.2. До основних звітних медичних документів належать:
 щоденні донесення з медичної служби;
 позачергові донесення з медичної служби;
 медичні звіти про роботу військово-медичних закладів;
 звіти про медичне забезпечення операцій оперативних угруповань військ (тактичних, оперативно-тактичних, оперативних тощо).

9.4.3. Із щоденних донесень начальник медичної служби військової частини, оперативного угруповання військ отримує інформацію про:
 загальну чисельність і структуру санітарних втрат особового складу військових частин;
 стан та діяльність підпорядкованих медичних підрозділів і військово-медичних закладів;
 рух та результати лікування поранених і хворих на етапах медичної евакуації;
 санітарно-епідемічний стан військових частин.

9.4.4. Позачергові медичні донесення подаються в довільній формі негайно у випадках, передбачених Табелем, а також в інших випадках, які за своїм характером та обставинами відповідають поняттю “надзвичайна подія”.

9.4.5. Звіти про медичне забезпечення воєнних операцій, що готуються в оперативних угрупованнях військ, складаються начальниками медичної служби цих угруповань за встановленою формою за конкретний період

операції. Джерелами цифрових даних для цих звітів є донесення з медичної служби начальників медичної служби підпорядкованих військових частин, а також штатних та приданих військово-медичних закладів, результати спеціальних розробок документів медичного обліку та інші матеріали.

Форми та зміст звітних медичних документів встановлюються Табелем термінових донесень Генерального штабу Збройних Сил України .

10. УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ

10.1. Загальні положення управління медичним забезпеченням

10.1.1. Головною метою управління медичним забезпеченням є підтримання визначеного рівня бойової та мобілізаційної готовності органів управління, військово-медичних закладів і медичних підрозділів, їх всебічна підготовка до застосування та ефективної реалізації можливостей під час вирішення поставлених завдань.

10.1.2. Управління медичним забезпеченням передбачає цілеспрямовану діяльність начальників (органів управління) медичної служби щодо впливу на підпорядковані сили і засоби з метою беззастережного виконання завдань за призначенням та досягнення поставленої мети.

10.1.3. Управління медичним забезпеченням здійснюється в загальній системі управління Збройними Силами України та базується на загальних принципах і вимогах, що лежать в основі управління військами (силами): науковій обґрунтованості, прогнозованості та плановості, єдиноначальності і централізації, твердості та наполегливості в ході реалізації замислів і планів, безперервності, оперативності та гнучкості, прихованості, чіткому розподілі функцій, завдань, повноважень і відповідальності.

10.1.4. Управління медичним забезпеченням передбачає наявність органів і пунктів управління, системи зв'язку та здійснюється шляхом використання науково обґрунтованих методів управління і сучасних технічних засобів (засоби збору та обробки інформації, зв'язку, оформлення і розмноження документів тощо).

10.1.5. Управління медичним забезпеченням здійснюють органи управління медичним забезпеченням, начальники медичних служб, які безпосередньо підпорядковуються відповідним командувачам (командирам, начальникам) на всіх рівнях військового управління.

10.1.6. Органи управління медичним забезпеченням мають бути спроможними до планування, організації, управління та контролю за медичним забезпеченням військ, а також бути забезпечені надійним і безперервним зв'язком та засобами автоматизації управління.

10.1.7. Система управління медичним забезпеченням має своєчасно забезпечувати війська необхідними медичними ресурсами для надання медичної допомоги, лікування, евакуації поранених (уражених) та їх інформаційного супроводу до місця остаточного лікування.

10.1.8. Організація управління медичним забезпеченням передбачає:
визначення порядку управління підпорядкованими силами і засобами;
організацію зв'язку;
визначення порядку та термінів подання заявок і донесень з медичної служби;
управління силами та засобами медичної служби;
контроль за виконанням наказів, розпоряджень та вказівок з медичного забезпечення;
визначення місця начальника медичної служби (його заступника).

10.1.9. Безпосереднє підпорядкування начальників медичних служб (органів управління медичним забезпеченням) командувачам (командирам, начальникам) на всіх рівнях військового управління є необхідною умовою ефективного медичного забезпечення військ. Медичний персонал включається до складу органів та пунктів військового управління всіх рівнів, має можливість користування даними розвідки та бере участь у плануванні застосування військ.

10.1.10. Начальники медичної служби (керівники органів управління медичним забезпеченням) відповідають за своєчасне планування медичного забезпечення військ та взаємодію з питань медичного забезпечення. Наявність органів управління медичним забезпеченням на всіх рівнях військового управління є обов'язковою умовою його ефективної реалізації. Органи управління медичним забезпеченням мають бути забезпечені надійним і безперервним зв'язком та автоматизованими інформаційними системами управління, спроможними до планування, організації, управління та контролю заходів медичного забезпечення військ.

10.1.11. Органи управління медичним забезпеченням (начальники медичних служб) в особливий період здійснюють управління медичним забезпеченням з відповідних пунктів управління (командних, запасних або тилових). Необхідною передумовою ефективного управління є наявність дієздатної системи зв'язку та засобів зв'язку починаючи від бойових медиків, водіїв санітарного транспорту, начальників медичних підрозділів військових частин і керівників військово-медичних закладів до начальників медичних служб (керівників органів управління медичним забезпеченням).

10.2. Взаємодія медичної служби з іншими органами військового управління

10.2.1. Взаємодія медичної служби з іншими органами військового управління передбачає проведення комплексу заходів щодо узгодження дій військово-медичних закладів та медичних підрозділів військових частин під час сумісного виконання ними завдань в бою (в ході операції). Взаємодія організовується начальниками медичних служб насамперед в інтересах тих військ, які виконують головні завдання на найважливіших напрямках.

10.2.2. Сутність взаємодії полягає у погоджених діях усіх сил та засобів медичної служби, а також тих служб, завдання яких тісно пов'язані із завданнями медичної служби або ці завдання вирішуються їх сумісними зусиллями. Взаємодія організовується по завданнях, термінах та способах дій на весь період планування медичного забезпечення.

10.2.3. Взаємодія по завданнях означає зосередження зусиль різних служб в період вирішення конкретних завдань медичної служби військової частини. У межах цих завдань взаємодія деталізується за напрямками та способами дій військ. Узгодження зусиль різних служб у часі – це визначення заходів, які вони повинні виконати в один і той же або різний час.

10.2.4. Взаємодія вважається організованою, коли начальники медичних служб, командири (начальники) взаємодіючих медичних підрозділів та військово-медичних закладів:

- вивчили загальне завдання та замисел вищого начальника;
- знають зміст завдань один одного (у частині, що їх стосуються), способи та терміни сумісних дій щодо їх виконання;
- мають між собою та старшим начальником надійний зв'язок і можуть одночасно здійснювати взаємне інформування.

10.2.5. Основні положення взаємодії можуть оформлюватися на карті (схемі), у вигляді графіка, а також в плановій таблиці взаємодії.

10.2.6. Організація взаємодії та зв'язку частіше за все передбачає:

забезпечення взаємодії начальника медичної служби військової частини із медичною службою сусідніх військових частин, медичною службою підрозділів і військових частин інших видів Збройних Сил України та засобів підсилення в смузі дій своїх військ, начальниками військово-медичних закладів, службами матеріально-технічного забезпечення, медичними службами інших військових формувань, цивільними закладами охорони здоров'я, підрозділами Державної служби медицини катастроф, місцевими органами влади;

детальне погодження порядку проведення найбільш важливих заходів щодо медичного забезпечення бойових дій військової частини;

визначення порядку зв'язку між медичними підрозділами та військово-

медичними закладами, а також іншими взаємодіючими підрозділами;
 встановлення прийнятої у Збройних Силах України єдиної системи сигналів, взаємодії, нагляду та оповіщення;
 організацію оповіщення підрозділів і військово-медичних закладів про повітряного противника, радіаційне, хімічне, біологічне зараження;
 розробку необхідних документів щодо зв'язку та визначення порядку їх використання.

10.2.7. Крім плану медичного забезпечення, питання взаємодії за поданням начальника медичної служби включаються до плану взаємодії, що розробляється штабом військової частини, угруповання військ.

10.2.8. Начальник медичної служби організовує взаємодію між всіма медичними підрозділами та військово-медичними закладами, а також евакуаційно-транспортними підрозділами з таких основних питань: організація медичної розвідки; організація медичної евакуації; організація протиепідемічних заходів; виділення засобів підсилення та порядок їх використання; прийом поранених і хворих з інших військових частин (підрозділів); розгортання сил і засобів медичної служби військової частини в інтересах медичного забезпечення інших військових частин тощо.

10.2.9. Медична служба тісно співпрацює зі службами та підрозділами, які відповідають за особовий склад, розвідку, планування застосування військ (сил), логістику, юридичні та інженерні функції, систему інформації та зв'язку. Співпраця здійснюється на етапах комплектування військових частин особовим складом, планування та реального медичного забезпечення, прогнозування ймовірних санітарних втрат, проведення медичної евакуації, медичної логістики тощо.

10.2.10. Під час оцінки обстановки визначаються питання, які підлягають узгодженню з начальниками інших служб:

начальником інженерної служби – терміни та обсяги виконання інженерних робіт щодо захисту (укриття) медичних підрозділів, етапів медичної евакуації від уражаючої дії різних видів зброї тощо;

начальником служби радіаційного, хімічного, біологічного захисту – забезпечення особового складу медичної служби індивідуальними засобами захисту (протигазами, загальновійськовими захисними комплектами); забезпечення медичних підрозділів приладами хімічної розвідки та дозиметричного контролю; порядок здійснення радіаційної та хімічної розвідок у районах розташування військ і порядок отримання даних цих розвідок; організація дозиметричного контролю опромінення особового складу; організація та проведення спеціальної обробки особового складу; порядок проведення заходів щодо захисту медичних підрозділів і військово-медичних закладів від ЗМУ;

начальником зв'язку – щодо забезпечення зв'язком медичних підрозділів і військово-медичних закладів згідно з планом зв'язку;

начальниками служб матеріально-технічного забезпечення (заступником командира з матеріально-технічного забезпечення) – організація робочого місця представників медичної служби на пунктах управління; розміщення медичних підрозділів і військово-медичних закладів у тилівій смузі; організація евакуації поранених і хворих зворотними рейсами транспортних засобів загального призначення; забезпечення медичних підрозділів і військово-медичних закладів продовольством, речовим майном, пально-мастильними матеріалами, майном квартирно-експлуатаційної служби тощо; організація охорони, оборони медичних підрозділів і військово-медичних закладів в загальній системі охорони та оборони;

комендантською службою – питання організації медичного забезпечення перевезення та перегруповання військ; своєчасного висування сил і засобів медичної служби; розгортання медичних підрозділів і військово-медичних закладів на шляхах переміщення військ; їх охорони та оборони тощо.

10.2.11. Взаємодію організовує начальник медичної служби та несе відповідальність за її безперервність.

10.2.12. Одним з найважливіших напрямків взаємодії медичної служби та структур по роботі з особовим складом є прогнозування величини санітарних втрат для конкретних військових операцій, облік і звітування про втрати, а також взаємодія під час комплектування військ особовим складом, комплектування медичної служби необхідними фахівцями.

10.2.13. Медична служба сумісно з структурами розвідки здійснює збір і аналіз необхідних медичних даних з метою оцінки медико-тактичної обстановки, планування медичного забезпечення військ і проведення профілактичних медичних заходів.

10.2.14. Координація між медичною службою та управлінням логістики необхідна для здійснення всебічного логістичного забезпечення медичної служби з метою її стабільного функціонування, своєчасного розгортання та передислокації медичних підрозділів і військово-медичних закладів, проведення своєчасної медичної евакуації поранених (уражених).

10.2.15. Медична служба з метою ефективного управління медичним забезпеченням військ має потребу в постійному та безперебійному зв'язку з медичними підрозділами, військово-медичними закладами та евакуаційними підрозділами, а сучасний процес управління медичним забезпеченням потребує широкого застосування медичних інформаційних систем і телемедицини, що, відповідно, вимагає підтримання взаємодії з структурами зв'язку та інформаційних систем.

10.2.16. Збройні Сили України та інші військові формування під час виконання завдань з оборони держави діють як самостійно, так і спільно. Тому медичні служби мають бути готовими до здійснення медичного забезпечення військ власними силами або у взаємодії з відповідними службами інших військових формувань та, за необхідності, – з цивільними закладами охорони здоров'я.

10.2.17. У разі медичного забезпечення національних контингентів Збройних Сил України та інших військових формувань, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримання миру і безпеки, воно здійснюється відповідно до вимог Організації Об'єднаних Націй та НАТО, нормативно-правових актів України з питань охорони здоров'я, з урахуванням наявних сил і засобів медичної служби національного контингенту та у взаємодії з системою медичного забезпечення військ НАТО.

10.3. Загальні положення планування медичного забезпечення

10.3.1. Планування медичного забезпечення здійснюється в загальній системі планування підготовки та застосування військ. Планування проводиться завчасно з метою формування необхідного комплексу сил та засобів медичної служби, визначення порядку проведення та обсягів лікувально-евакуаційних заходів на підставі розрахунку можливих санітарних втрат і потреби в медичних ресурсах. Під час планування медичного забезпечення використовуються дані медичної розвідки та враховуються наявні сили та засоби військово-медичних служб інших військових формувань (складових Сил оборони) та системи охорони здоров'я цивільного населення (цивільних закладів охорони здоров'я).

10.3.2. З метою своєчасного і відповідного планування та управління медичним забезпеченням начальник медичної служби, керівник (представник) органу управління медичним забезпеченням бере участь у плануванні застосування військ в частині їх медичного забезпечення та своєчасного інформування командувачів (командирів, начальників) щодо можливих ризиків та обсягу лікувально-евакуаційних заходів.

10.3.3. Планування медичного забезпечення включає шість взаємопов'язаних фаз, що проводяться послідовно і скоординовано всіма об'єктами планування:

Фаза 1 – аналіз завдання;

Фаза 2 – оцінювання обстановки;

Фаза 3 – розроблення способу ведення операції (субфаза 3а – формування вихідних даних для планування; субфаза 3б – розроблення варіантів способу дій);

Фаза 4 – розроблення оперативного плану (субфаза 4a – розроблення оперативного замислу; субфаза 4b – розроблення оперативного плану);

Фаза 5 – виконання;

Фаза 6 – передавання повноважень.

10.3.4. Фаза 1 – аналіз завдання. Основною метою фази є визначення цілей планування. Аналіз завдання починається з отриманням відповідного директивного документа вищого штабу. Фаза вважається завершеною у разі отримання таких результатів:

формулювання висновків щодо організації підготовки медичного забезпечення;

формулювання висновків в інтересах вироблення замислу та розроблення плану медичного забезпечення;

розробки розрахунку часу на підготовку медичного забезпечення;

розробки календарного плану підготовки медичного забезпечення

розробки графіку роботи відділу (групи) з медичного забезпечення.

10.3.5. Фаза 2 – оцінювання обстановки. Основною метою є постійне, своєчасне та в необхідному обсязі надання керівному складу та структурним підрозділам органу військового управління необхідних достовірних відомостей (інформації) про умови і фактори, що можуть впливати на виконання завдань. Фаза закінчується оперативною нарадою, де командувач (командир) затверджує (в частині що стосується):

найбільш імовірний характер (можливий варіант) дій противника;

узагальнені висновки в інтересах вироблення варіантів способу ведення операції (бойових дій);

розрахунки розподілу наявного (виділеного) ресурсу на операцію (бойові дії).

10.3.6. Фаза 3 – розроблення способу ведення операції складається з двох субфаз:

формування вихідних даних для планування (субфаза 3a);

розроблення варіантів способу ведення дій (субфаза 3b).

Формування вихідних даних для планування здійснюється за елементами замислу операції (бойових дій), при цьому зазначаються:

умови та фактори, які впливають на виконання отриманого завдання;

ризики, які можуть виникнути при розвитку ситуації та вплинути на її врегулювання;

які заходи потрібно провести;

питання організації управління та визначення основних питань взаємодії;

питання організації медичного забезпечення виконання завдання;

розрахунки потреби озброєння та військової техніки, матеріально – технічних засобів на операцію (бойові дії) за службу

У ході розроблення варіантів ведення способу дій розглядаються та розраховуються: оперативне розгортання військ, створення резервів, порядок дій військ, форми маневрів. Метою субфази 3b є обрання зі всіх можливих варіантів одного, що на фазі 4 дасть змогу виробити план, який забезпечить найбільш ефективно (раціонально) використати ресурси і виконати поставлені завдання.

За результатами визначення найбільш доцільного варіанту формулюється замисел в цілому, а в подальшому розробляється оперативний план.

10.3.7. Фаза 4 – розроблення оперативного плану складається з двох субфаз:

розроблення оперативного замислу (субфаза 4a);

розроблення оперативного плану (субфаза 4b)/

Субфаза 4a розпочинається з деталізації начальником штабу вказівок командувача та постановки завдання начальникам структурних підрозділів щодо оформлення замислу операції (бойових дій) та визначених додатків до нього, котрий складається з текстуальної та графічної частини та необхідних додатків. Після розгляду та уточнення (доопрацювання за необхідності) замисел затверджується наказом старшого начальника. Після затвердження замислу відбувається формулювання рішення, що включає:

визначення завдань підпорядкованим силам, порядку організації управління, основних питань взаємодії та основних завдань забезпечення військ;

заслуховування пропозицій щодо визначення завдань (нарада);

розроблення директивних документів;

доведення завдань до органів військового управління і військ.

Субфаза 4a закінчується після підпису командувачем (командиром) директивних документів та визначення начальником штабу порядку їх доведення.

Субфаза 4b починається після завершення оформлення замислу. При цьому, у проєкті текстуальної і графічної частини плану відображаються дані в обсязі замислу операції (бойових дій), вносяться визначені завдання підпорядкованим органам військового управління та військам, організація управління, основні питання взаємодії, основні завдання медичного забезпечення військ.

Проєкти документів плану операції (бойових дій), які розробляються в структурних підрозділах, проходять процедуру взаємоузгодження.

Разом із документами плану операції (бойових дій) начальниками структурних підрозділів готуються проєкти необхідних директивних документів безпосередньо підпорядкованим частинам (підрозділам).

Субфаза 4b закінчується затвердженням командувачем Плану операції (бойових дій) з виданням відповідного наказу.

Планування операції (бойових дій) здійснюється впродовж 1-4 фази оперативного планування. Час, ідведений на проведення процедур планування, зазвичай, розподіляється: перша фаза – 2-3%; друга – 7-8%; третя фаза – до 20-25%, четверта – 65-70%.

10.3.8. Фаза 5 – виконання. Упродовж фази відбувається реалізація розробленого оперативного плану (ведення операції (бойових дій)). Зазвичай фаза включає:

- проведення поточної операції (бойових дій);
- планування наступних операцій (бойових дій).

У ході фази здійснюється: збір, аналіз, оцінювання даних обстановки, прийняття (уточнення) рішень відповідних планів (керівних документів) з урахуванням змін обстановки, визначення та доведення уточнених (нових) завдань, управління силами та засобами, організація взаємодії.

Фаза вважається завершеною у разі досягнення цілей, що визначені у відповідних планах або прийняття рішення керівним складом про початок нового планування.

10.3.9. Фаза 6 – передавання повноважень. Упродовж фази організовується і здійснюється поетапна передача повноважень від військових до цивільних органів управління у після кризовий період для врегулювання ситуації і повернення до мирного часу. Фаза притаманна лише для стратегічного планування застосування Збройних Сил України та оперативного планування. Фаза завершується із закінченням відбудовного періоду.

10.3.10. Під час планування медичного забезпечення використовуються такі методи роботи начальника медичної служби: метод послідовної роботи, метод паралельної роботи або їх поєднання. Вибір методу роботи визначається з урахуванням характеру отриманих завдань, термінів готовності до їх виконання, умов обстановки, рівня злагодженості штабу, наявності засобів автоматизації та інформаційних систем.

10.3.11. Метод паралельної роботи використовується у разі стислих термінів, що відводяться на підготовку системи медичного забезпечення до військової операції (бойових дій), і в сучасних умовах вважається основним.

У разі використання паралельного методу організації роботи заходи щодо підготовки медичного забезпечення здійснюються, як правило, одночасно в усіх органах управління. Кожна нижча інстанція приступає до формулювання рішення на основі замислу дій військ (сил), визначеного командиром, і попередніх розпоряджень, виданих старшим медичним начальником. У цьому випадку начальник медичної служби не буде володіти достатніми даними для всебічної оцінки обстановки та детальної розробки заходів щодо організації медичного забезпечення військ. Відтак рішення щодо медичного забезпечення військ, яке формулюється в таких умовах, як правило, охоплює лише основні, принципові питання організації медичного забезпечення військ в операції (бойових діях): основні завдання медичної служби, орієнтовні райони розгортання або зосередження медичних підрозділів та військово-медичних закладів, основні заходи організації евакуації поранених

і хворих, перелік та загальний порядок проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів тощо.

За цим методом роботи начальник медичної служби уточнює сформульоване рішення і завершує оформлення плану медичного забезпечення, уточнює завдання підлеглим після ознайомлення з рішенням командира, а також з розпорядженнями старшого начальника медичної служби після завершення планування на їх рівні.

10.3.12. Метод послідовної роботи використовується у разі тривалих термінів підготовки до дій військ (сил). При цьому методі кожна нижча інстанція розпочинає роботу після прийняття рішення та завершення планування у вищій інстанції на основі отриманих витягів з бойового наказу (оперативної директиви, розпорядження по службі).

Начальник медичної служби включається в роботу після ознайомлення з рішенням командира та розпорядженнями старшого начальника медичної служби. Метод послідовної роботи дає можливість готувати в повному обсязі необхідні розрахунково-довідкові дані, ретельно оцінювати різні варіанти рішень. Він значною мірою забезпечує прихованість розробки відповідних заходів. Така організація планування застосовується в умовах достатнього часу.

11. ОХОРОНА ТА ОБОРОНА МЕДИЧНИХ ПІДРОЗДІЛІВ

11.1. Охорона та оборона медичних підрозділів здійснюється в загальній системі охорони та оборони військової частини або військового угруповання власними силами медичної служби, або у взаємодії з комендантськими підрозділами, службами тилу та логістики, а у разі необхідності – спеціально виділеними військовими підрозділами.

11.2. Охорона медичних підрозділів здійснюється шляхом організації всіх видів охорони, патрулювання та комендантської служби з урахуванням характеру місцевості, умов видимості, важливості об'єктів, віддалення функціональних підрозділів один від одного, площі районів їх розміщення та проміжків між ними. Охорона організовується на основі вимог, визначених у відповідних статутах і настановах.

11.3. Для безпосередньої охорони медичних підрозділів призначаються варти і добовий наряд. Вартові зі складу варті поділяються на пости.

11.4. Охорону об'єктів вартові здійснюють способом патрулювання або спостереженням з певного місця. Кількість постів розраховується виходячи з протяжності периметру об'єкта, що охороняється, та проміжку доби (вночі більше).

11.5. За необхідності підсилення безпосередньої охорони на підступах до району розташування медичних підрозділів на загрозливих напрямках дій

противника виставляється сторожова охорона (сторожові пости, секрети) та висилаються дозори.

11.6. Сторожові пости повинні прикривати дороги, що ведуть до районів розгортання підрозділів і закладів медичної служби. До складу сторожового поста може виділятися 2-3 особи, які займають позицію, що забезпечує можливість кругового спостереження та ведення вогню, як правило, на віддаленні до 1,5 км від об'єкта, що охороняється. Позиція сторожового поста обладнується в інженерному відношенні та ретельно маскується, а якщо дозволяє обстановка і місцевість, то перед нею встановлюються сигнальні ракети або міни.

11.7. Вночі або в умовах обмеженої видимості додатково до сторожових постів можуть виставлятися сторожові секрети в складі 2-3 осіб. Секрет розташовується у визначеному для нього місці та у разі виявлення противника веде за ним спостереження, про що доповідає встановленим сигналом командир (начальнику) медичного підрозділу або військово-медичного закладу. У разі виходу на секрет поодиноких солдат противника він захоплює їх (бере в полон) або знищує.

11.8. Дозори висилаються у разі загрози нападу противника з метою своєчасного його виявлення. Вони виконують свої завдання шляхом спостереження та огляду найближчих підступів до району розміщення (розгортання) і можуть діяти на віддаленні до 2-3 км від розташування медичних підрозділів.

11.9. Охорона автомобільних санітарних колон та колон медичних підрозділів під час їх переміщення здійснюється автомобільним нарядом, який знаходиться на автомобілях і веде кругове спостереження. Кожний водій повинен охороняти доручений йому автомобіль, а також поранених і хворих, які знаходяться в/на ньому. Крім того, під час руху може виділятися похідна охорона (дозорна машина або дозори).

11.10. Для організації оборони медичних підрозділів від наземного противника передбачається проведення таких заходів:

- організація кругового спостереження та оповіщення;
- визначення порядку збору особового складу за бойовою тривоною;
- призначення підрозділів за бойовим розрахунком, у т.ч. резерву;
- визначення меж відповідальності за оборону секторів;

підготовка позицій для оборони з використанням рельєфу місцевості для створення перешкод просуванню противника;

облаштування протитанкових та протипіхотних загороджень на загрозованих напрямках.

11.11. Оборона медичних підрозділів від наземного противника повинна бути круговою. З цією метою за периметром району розташування обладнуються опорні пункти типу взводних або позиції для відділень. Кількість опорних пунктів і позицій залежить від чисельності підрозділів та особового складу, який можна залучити для відбиття нападу противника, можливостей штатного озброєння медичних підрозділів, а також спеціально виділених для цього військових підрозділів. У бойовому розрахунку особового складу доцільно передбачити створення мобільної резервної групи чисельністю 10-12 осіб на автомобілі для здійснення маневру або підсилення підрозділів за бойовим розрахунком під час відбиття нападу противника та його знищення.

11.12. Виходячи з характеру місцевості та дальності вогню стрілецької зброї противника, віддалення позицій підрозділів за бойовим розрахунком від меж об'єктів, що обороняються, може бути 300-500 м і більше, а проміжки між ними повинні прикриватися вогнем. Якщо підрозділи за бойовим розрахунком не встигають зайняти підготовлені позиції, напад противника відбивається безпосередньо з району розміщення (розгортання) медичного підрозділу або військово-медичного закладу. З цією метою підготовлені для функціональних підрозділів і транспортних засобів укриття облаштовуються для ведення вогню по противнику.

11.13. Особовий склад медичних підрозділів, а також спеціально виділених для їх охорони та оборони військових підрозділів має бути навчений веденню боротьби з групами піхоти і танками, що прорвалися, парашутистами і диверсантами противника, вивчити підготовлені позиції для оборони, знати шляхи висування до них і вміти швидко займати їх.

11.14. Планування заходів щодо медичного захисту особового складу, захисту медичних підрозділів, їх охорони та оборони здійснюється на основі плану захисту від зброї масового ураження військової частини і розпорядження щодо цього захисту. Ці документи розробляються оперативними відділеннями (відділами) штабів військових частин та військових угруповань із залученням начальників родів військ, спеціальних військ та служб, у т.ч. і начальників медичних служб.

11.15. Питання медичного захисту особового складу, захисту медичних підрозділів начальник медичної служби викладає в пояснювальній записці до плану медичного забезпечення відповідно до заходів, що входять до комплексу заходів захисту.

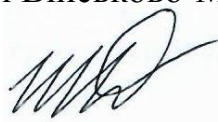
11.16. У медичних підрозділах і військово-медичних закладах розробляється план розміщення, захисту, охорони та оборони. План оформляється на карті (схемі) з пояснювальною запискою. На карту (схему) наносяться: район розгортання та під'їзні шляхи з виходом на військові

автомобільні дороги (маршрути руху); фортифікаційні споруди, які обладнуються для розгортання функціональних підрозділів етапів медичної евакуації, особового складу та техніки; райони збору зведених формувань, призначених для відбиття нападу противника; пости безпосередньої охорони та маршрути патрулювання; побудова оборони і системи вогню.

У пояснювальній записці в таблицях зазначаються: розрахунок сил і засобів для радіаційної та хімічної розвідки; сигнали оповіщення і порядок дій за ними; обсяги робіт щодо інженерного обладнання району розміщення; склад загону (команди) для ліквідації наслідків застосування зброї масового ураження та порядок його формування; порядок та обсяг спеціальної обробки, протиепідемічних і спеціальних профілактичних заходів; розрахунок особового складу та озброєння для охорони і оборони.

Крім того, обов'язки особового складу щодо захисту, охорони та оборони викладаються в інструкціях для особового складу функціональних підрозділів етапів медичної евакуації.

Начальник медичної служби Командування Військово-Морських Сил
Збройних Сил України
підполковник медичної служби



Т.ДОВГАЛЬ

Додаток 1
до Бойового статуту медичної служби
Військово-Морських Сил
Збройних Сил України
(пункт 8.24, 8.25)

КАРТА санітарно-епідеміологічної розвідки

КАРТА санітарно-епідеміологічної розвідки	
	Дата _____
1. Населений пункт _____	
2. Кількість мешканців _____	
3. Санітарний стан _____	
4. Водопостачання _____	
5. Кількість свердловин _____ дебіт _____	
_____ м ³ /год _____ м ³ /добу	
6. Відповідність ДСТУ за даними СЕС _____	
7. Кількість криниць _____	
8. Районна СЕС _____ категорія _____	
9. Фельдшерсько-акуш. пункт _____	
дільнична лікарня _____ ЦРЛ _____	
10. Кількість ліжок _____ з них інфекційних _____	
11. Наявність інфекційних хворих:	
ГКІ _____ ВГА _____	
Черев. тиф _____ Дифтерія _____	
Туберкульоз _____ Венеричні захворювання _____	
12. Кількість лазень _____ на _____ місць _____	
13. Кількість санпропускників _____	
14. Наявність сміттєзвалищ _____	
15. Природно-осередкові інфекції _____	
_____ де _____	
16. Епізоотії серед свійських тварин _____	
17. Наявність тваринницького комплексу _____ на _____ голів _____	
18. Наявність скотомогильників _____ де _____	
19. Дотримання правил поховання трупів тварин _____	
СЕР провів _____	
(посада, в/звання, прізвище)	

На зворотному боці карти наноситься масштабний план-схема населеного пункту із зазначенням джерел водопостачання, їх дебіту, лікувальних та санітарно-епідеміологічних закладів, лазень, санпропускників, пральних комбінатів, скотомогильників тощо.



Рисунок Д1.1 – план-схема населеного пункту із зазначенням джерел водопостачання, їх дебіту, лікувальних та санітарно-епідеміологічних закладів, лазень, санпропускників, пральних комбінатів, скотомогильників тощо.

Населення ст. Південна близько 2000 осіб. Лікарня на 50 ліжок з інфекційним відділенням; лазня пропускового типу на 20 осіб/год. Водопостачання з артезіанської свердловини. Санітарний стан населеного пункту – задовільний. Мають місце поодинокі випадки дизентерії.

Населення с. Паланка близько 500 осіб. Село має фельдшерсько-акушерський пункт. Водопостачання з шахтних криниць. Вода р. Синя та оз. Глибоке забруднена стічними водами від птахоферми. Впродовж останнього місяця виявлено та госпіталізовано 5 хворих з черевним тифом. Зараження відбулось внаслідок вживання криничної води. Підозріла криниця закрыта. Воду з артезіанської свердловини та підозрілої криниці взято на лабораторне дослідження СЕЗ. Особовий склад військових частин можна розмістити в школах, а також в житлових будинках, де немає інфекційних хворих.

Час, місце, дата заповнення звітної карточки та підпис.

Додаток 2
до Бойового статуту медичної служби
Військово-Морських Сил
Збройних Сил України
(пункт 9.3.7)

ПЕРВИННА МЕДИЧНА КАРТКА

Форма № 100
(Лицьовий бік)

[illegible]

(Зворотний бік)

[illegible]

Пояснення до форми 100

1. Первинна медична картка (далі – ПМК) є документом персонального медичного обліку поранених, що забезпечує спадкоємність та послідовність в наданні медичної допомоги на ЕМЕ. Заповнена ПМК має юридичне значення, вона свідчить про факт поранення (захворювання) і дає право пораненому (хворому) на евакуацію в тил.

2. ПМК заводиться на всіх поранених, що втратили боєздатність та вибули із строю внаслідок поранення або захворювання на строк не менше однієї доби, під час надання їм першої лікарської допомоги, тобто в МПБ, медр, ВМГ або на іншому ЕМЕ.

3. На ЕМЕ, де пораненому вперше надано першу лікарську допомогу, заповнюється лицьовий бік ПМК та її корінець. Після цього ПМК відривається від корінця, який використовується для складання чергового донесення з медичної служби. Заповнена ПМК підписується лікарем, завіряється печаткою військової частини (закладу) та разом із пораненим, що евакуюється, відправляється на наступний ЕМЕ. При цьому ПМК вкладається в евакуаційний конверт або до лівої кишені його верхнього одягу.

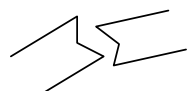
4. ПМК поранених, що залишені для лікування на ЕМЕ терміном до п'яти діб, використовуються як медична карта стаціонарного хворого. В цьому випадку на зворотному боці картки щоденно робляться записи про стан пораненого і надану медичну допомогу, а по закінченні лікування зазначається його результат.

5. Зворотний бік ПМК пораненого, що надійшов на наступний ЕМЕ, використовується для запису даних про медичну допомогу, надану йому на цьому ЕМЕ. Заповнення ПМК продовжується до того моменту, коли на пораненого буде заведено медичну карту стаціонарного хворого. При цьому ПМК вклеюється до медичної карти стаціонарного хворого між першим і другим її аркушами.

6. На зворотному боці ПМК зазначається також про одужання хворого, якщо це сталося до заповнення медичної карти стаціонарного хворого. У випадку повернення пораненого до військової частини зазначається її номер та найменування, поштова адреса; у випадку смерті – її причина і місце захоронення померлого. ПМК пораненого, померлого під час евакуації, передається до закладу охорони здоров'я, в який доставлено тіло.

7. Під час заповнення лицьового боку ПМК необхідні відомості записуються до відповідних рядків. Окрім цього, для позначення виду санітарних втрат в лівій частині картки та на її корінці є символічні позначення (**Б** – бойові санітарні втрати, **НБ** – небойові санітарні втрати) та рисунки, які під час заповнення обводяться:

Вогн		–	поранений вогнепальною зброєю
Я		–	уражений ядерною зброєю
Хім		–	уражений хімічною зброєю
Бак		–	уражений біологічною, у тому числі бактеріологічною зброєю
Інш. збр		–	уражений іншими видами зброї, у тому числі запалювальними сумішами

Відм		–	має ураження від дії низьких температур (відмороження)
Реакт. ст		–	знаходиться у реактивному стані
Хв		–	хворий (загальносоматичний)
Інф		–	інфекційний хворий
Мех. травма		–	механічна травма

Для позначення характеру та локалізації поранення використовуються силуети людини, що зображені на лицьовому боці ПМК (характер поранення підкреслюється; місця поранень, опіків, пошкоджень кісток та судин обводяться). Таким же чином позначаються черговість, спосіб і ЕМЕ, на який планується евакуювати пораненого.

Діагноз постраждалим (ураженим) від зброї масового ураження обов'язково записується з уточненнями, необхідними для складання звітних медичних документів: у випадку ураження ядерною зброєю зазначається, чи мало місце ураження проникаючою радіацією; у випадку ураження хімічною зброєю уточнюється її вид – ФОР, іприти, психотоміметичні засоби; у випадку ураження бактеріологічною зброєю уточнюється – мало місце ураження токсинами чи мікробними рецептурами.

8. Кольорові смуги з країв ПМК призначені для сигналізації наступному ЕМЕ про невідкладні заходи, яких потребує поранений:

червона смуга залишається у тих випадках, коли поранений потребує невідкладної медичної допомоги. Якщо необхідності в цьому виді допомоги на наступному ЕМЕ немає, смуга відривається під час заповнення ПМК;

жовта смуга інформує про необхідність проведення санітарної обробки. У разі відсутності такої потреби смуга відривається під час заповнення ПМК;

інформує про необхідність ізоляції пораненого з приводу інфекційного захворювання, реактивного стану, ураження бактеріологічною зброєю. Якщо поранений не потребує ізоляції, смуга відривається під час заповнення ПМК;

інформує про необхідність проведення спеціальних заходів при ураженні проникаючою радіацією. Якщо такої необхідності немає, смуга відривається під час заповненні ПМК.

Якщо поранений потребує одночасно виконання декількох медичних заходів, на ПМК можуть бути залишені дві, три або чотири кольорові смуги.

9. ПМК на всіх поранених, що вибули з визначеним результатом (повернуті до частини, померли) та на яких не заводились медичні карти стаціонарного хворого, не пізніше місяця після завершення лікування пересилаються через старшого начальника медичної служби до Галузевого державного архіву Міністерства оборони України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ (ДЖЕРЕЛ)

1. Наказ Генерального штабу ЗС України від 26.12.2018 № 460 “Про затвердження Тимчасового порядку оформлення військових публікацій у Збройних Силах України”, ВКДП 1-00(03).01.
2. Директива Генерального штабу Збройних Сил України від 13.03.2020 № Д-6 “Про організацію розробки доктринальних документів Збройних Сил України”.

[illegible]

ДЛЯ ЗАМІТОК

[illegible]

